FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

TRAVAIL DU SERVICE CIVIALE (HOPITAL LARIBOISIÈRE)

Année 1909

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Mai à 1 heure

DU TRAITEMENT

Des ABCÈS non tuberculeux de la PROSTATE

EN PARTICULIER

DU TRAITEMENT PAR L'INCISION RECTALE

PAR

Gaston PÉPIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
et de la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis

Président :	M. SEGOND	
Juges . .	MM. NICOLAS	*Professeurs.*
	HARTMANN	
	BRANCA	*Agrégé.*

PARIS

Librairie Médicale & Scientifique

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. Ribemont-Dessaignes.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZARD.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON (Fernand)	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRINDEAU.	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	PROUST.
BROCA (André).	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BRUMPT.	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CASTAIGNE.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CLAUDE.	JOUSSET (André).	MORESTIN.	ZIMMERN.
	LABBÉ (Marcel).	MULON.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

256

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

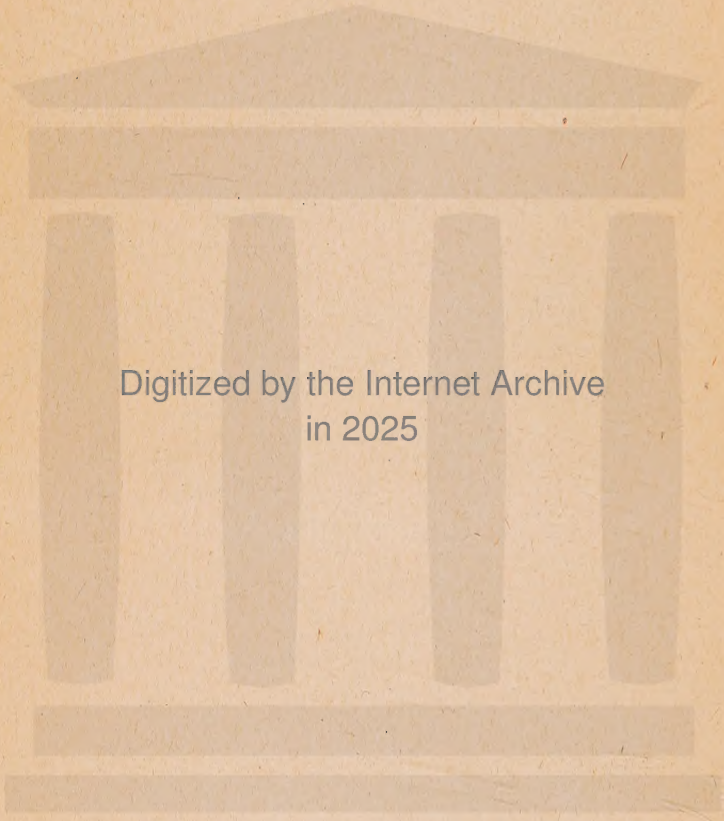
A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE Le Docteur BOSQUET

ET A MA TANTE

A MES PARENTS

A MES AMIS


Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dutraitementdesa0000vari

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

1901-1902. Monsieur le docteur RENDU (in-memoriam)

Monsieur le professeur agregé RÉNON
Médecin de l'Hôpital de la Pitié

EXTERNAT

1902-1903. Monsieur le professeur agrégé CAMPENON
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité

1903-1904. Monsieur le docteur PETIT
Médecin de l'Hôtel-Dieu

1904. Monsieur le docteur WALTHER
Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

1906. Monsieur le professeur GUYON
Chirurgien de l'Hôpital Necker

1906-1907. Monsieur le docteur GUINON
Médecin de l'Hôpital Trousseau

Monsieur le docteur BOULLOCHE
Médecin de l'Hôpital Bretonneau

INTERNAT

1907-1908. Monsieur le docteur AUVARD
Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis

Monsieur le professeur agrégé POTOCKI
Accoucheur des Hôpitaux

Monsieur le docteur TISSIER
Accoucheur des Hôpitaux

Monsieur le professeur agrégé BRINDEAU
Accoucheur des Hôpitaux

Monsieur le docteur MICHAUX
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

1908-1909. Monsieur le docteur GUINARD
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Monsieur le professeur agrégé MARION
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur à la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

Pendant notre internat à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. le Docteur Marion, nous avons été frappé de la rapidité avec laquelle guérissent les abcès de la prostate incisés par la voie rectale. Aussi sur les indications de notre maître et guidé par ses conseils avons-nous choisi comme sujet de notre thèse : « Du traitement des abcès non tuberculeux de la prostate, en particulier du traitement par l'incision rectale : question encore toute d'actualité puisqu'elle fit l'objet de l'une des séances de la onzième session de l'Association française d'urologie, tenue en 1907.

Dans les deux premiers chapitres nous étudierons brièvement les formes anatomo-pathologiques et cliniques des abcès de la prostate et leur diagnostic.

Le troisième chapitre, réservé au traitement, fera la partie principale de notre travail : nous y étudierons d'abord les indications du traitement chirurgical, dont nous retracerons ensuite l'historique, puis nous exposerons les avantages que la voie rectale nous paraît pré-

senter et essaierons de la justifier des reproches qui lui ont été adressés. Nous exposerons enfin la technique qui nous paraît devoir être adoptée.

CHAPITRE PREMIER

FORMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

L'inflammation peut gagner la prostate par quatre voies différentes : par *contamination directe* à la suite d'une plaie accidentelle ou chirurgicale (rare) ; — par *voie veineuse ou lymphatique*, comme c'est le cas le plus fréquent dans les abcès d'origine intestinale qui peuvent également être le résultat d'une propagation directe; par *voie artérielle*, donnant lieu aux abcès métastatiques considérés autrefois comme exceptionnels et dont on connaît un assez grand nombre d'observations (27 cas sur 712 cités par Oraison) ; ils surviennent à la suite de pyohémie, parotidite, grippe, furonculose, variole etc.. enfin par *voie uréthrale*, la plus fréquente. C'est la voie suivie dans les abcès des prostatiques et surtout dans ceux qui compliquent l'uréthrite blennorragique aigüe ou chronique, favorisés par un traumatisme ou un cathétérisme.

Quel que soit le chemin parcouru par le processus inflammatoire, il détermine dans la glande des lésions diverses. Quand l'infection part de l'urèthre les conduits glandulaires sont d'abord enflammés, deviennent le

siège d'un catarrhe desquamatif (prostatite glandulaire ou catarrhale) puis le canal excréteur s'oblitérant, on est en présence d'un *pseudo-abcès folliculaire*, dont Finger a fait l'étude microscopique.

L'inflammation continuant, une diapédèse de globules blancs envahit la paroi glandulaire ; bientôt, cette barrière est franchie, et le tissu interacineux réagit à son tour : la *prostatite parenchymateuse* est alors constituée, caractérisée par la congestion du tissu interstitiel, infiltré en outre d'une sérosité trouble et purulente. La glande est ainsi le siège d'un nombre variable de foyers glandulaires et péri-glandulaires qui bientôt subissent la fonte purulente complète. D'où la constitution *d'abcès miliaires multiples*, épars dans la glande, indépendants les uns des autres et dont la coalescence va constituer les *grands abcès*.

La prostatite folliculaire suppurée ne constitue qu'un pseudo-abcès, caractérisé cliniquement par une prostate plus ou moins augmentée de volume, criblée d'un semis de petits grains durs et sensibles au toucher : elle ne mérite pas d'être rangée au nombre des abcès de la prostate, pas plus que la galactophorite n'est une forme d'abcès du sein. Cette réserve faite, les abcès de la prostate sont assez rares : Hartmann et Lavenant n'en signalent que 33 cas, sur 11.000 malades urinaires observés dans le service Civiale. En sorte que les abcès intra-prostatiques aigus se réduisent à deux formes :

1) Les *abcès miliaires* qui ne présentent qu'une différence de degré avec ;

2) Les *grands abcès*, d'autant plus volumineux qu'ils

sont moins nombreux et pouvant contenir jusqu'à 160 à 180 gr. de pus.

De forme irrégulière leurs parois sont anfractueuses, leur cavité cloisonnée par des brides saillantes, reliquat de la séparation primitive entre les abcès multiples. D'après son siège, l'abcès est *uréthral*, sous-muqueux et superficiel, développé autour des acini et des glandes péri-uréthrales, et a tendance à s'ouvrir spontanément dans l'urèthre ; il est toujours placé en arrière du canal, sauf dans un cas de Heath qui signala un abcès de la bande prostatique pré-uréthrale. Parfois même il se développe dans les glandes sous-muqueuses du col.

Cortical, occupant la périphérie de la glande et tend à évoluer vers le rectum ;

Central, siégeant au sein de la glande, unilobé ou bilobé comme dans un cas de Routier où il fallut inciser un abcès de chaque lobe ;

Total : la prostate n'est plus alors qu'un vaste clapier purulent, contenant du pus bien lié et sanguinolent et dont la paroi est constituée par la capsule de la glande.

Evolution. L'abcès une fois formé ne peut guère entrer en résolution ; c'est du moins l'opinion d'Albarran qui ne l'a jamais rencontré, bien que Blanquinque signale dans sa thèse deux cas de résorption qui fut déjà observée par Segond, Dittel et Casper. Exceptionnelle est la suppuration gangréneuse signalée dans certains cas de prostatite à grands foyers ou autour de calculs (Béraud).

D'ordinaire le pus, une fois collecté, tend à se créer une issue vers l'extérieur. Comme le dit Segond : « L'abcès une fois formé, le pus tend à se faire jour au dehors ; voilà la règle ».

L'ouverture dans *l'urèthre* est la plus fréquente : Segond dans les 115 observations qu'il rapporte, note 8 cas d'ouverture spontanée et 7 consécutifs au cathétérisme. Oraison sur les 712 observations citées dans son rapport donne 30 ouvertures spontanées et 6 accidentelles. Campenon sur 93 cas entièrement livrés à eux-mêmes a relevé 47 ouvertures dans l'urèthre seul, dont 12 compliquées de fusées purulentes, et 20 cas dans le rectum et l'urèthre à la fois. Enfin sur les 15 cas observés dans le service Civiale depuis janvier 1908 jusqu'en mars 1909, nous trouvons quatre cas d'ouverture dans l'urèthre. Cette fréquence s'explique : la paroi du canal uréthral, en effet, baignant au milieu du pus, est ulcérée peu à peu, et un cathétérisme, un toucher rectal ou un simple effort de défécation suffit à la rompre. La collection purulente se vide alors, soit pendant les mictions, soit dans leur intervalle.

Exceptionnellement, l'abcès s'ouvre dans la vessie (4 cas de Nicolich dont 3 spontanés et un après cystotomie ; un cas spontané de Loumeau, constaté au cours d'une prostatectomie transvésicale).

Plus commune est l'ouverture dans le *rectum* : 30 fois sur les 102 cas de Segond, dont 18 dans le rectum seul ; 26 cas de Campenon, dont 6 dans le rectum seul, nous en relevons 2 cas à Civiale. Le pus quand il a perforé l'aponévrose prostato-péritonéale s'infiltre dans le tissu cellulaire pré-rectal et ulcère la paroi du rectum avec laquelle il est directement en contact. A l'occasion d'un effort généralement, elle se rompt et le pus est évacué avec les matières fécales.

Dans certains cas, l'ouverture se fait à la fois dans le rectum et dans l'urèthre. Cette double évacuation ne suffit d'ailleurs pas toujours à éviter la péri-prostatite : sur les 102 cas de Segond, 15 avaient diffusé.

Enfin quelquefois, le pus se fait jour à la peau et gagne, soit le *périnée* antérieur en effondrant le feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne, soit les fosses ischio-rectales, en traversant les releveurs.

Mais ces ouvertures au périnée, comme d'ailleurs celle dans le rectum, se font presque toujours à la faveur de la péri-prostatite.

Suppuration péri-prostatique.—La propagation au tissu périprostatique est en effet fréquente. Elle se fait tantôt par *diffusion*, le pus ayant déchiré la capsule de la glande et l'aponévrose de Denonvilliers, se répand dans le tissu cellulaire prérectal qui suppure à son tour ; — tantôt par *contiguïté*. Parfois même la suppuration péri-prostatique constitue au début toute la lésion ; la glande n'est envahie que secondairement : c'est ce que Guyon a décrit sous le nom de *phlegmon périprostatique d'emblée*. Enfin plus rarement, l'inflammation se propage par voie veineuse et produit un abcès péri-phlébitique, comme le démontrent deux observations de Bazy publiées par Segond — ou par voie lymphatique : l'existence de ce mode de propagation est basée sur les observations de Reliquet, de Bazy et de Desnos, d'adénophlegmons à distance d'origine prostatique, inguinaux ou iliaques.

Le plus souvent il s'agit de *péri-prostatite non suppurée*, caractérisée par l'œdème du tissu cellulaire prérectal et une infiltration plus ou moins notable. Plus rare, mais

aussi plus grave est la *péri-prostatite suppurée* ; elle se présente sous deux aspects :

1° Le *phlegmon diffus* caractérisé par son envahissement rapide et sa tendance à produire le sphacèle : on l'observe surtout chez les malades affaiblis par la cachexie urinaire, chez les diabétiques, les albuminuriques.

2° Le *phlegmon circonscrit*, siégeant le plus souvent dans la loge rétro-prostatique ou pré-rectale, plus rarement en arrière de la base de la vessie (phlegmons retro-vésicaux) ; dans les cas encore plus rares où il est latéro-prostatique, le phlegmon peu développé en arrière de la prostate, envoie un prolongement plus important sur les côtés de la glande ; signalons encore le phlegmon de la cavité de Retzius sur lequel Noguès a insisté. Nous n'insisterons pas sur la description de ces variétés de péri-prostatite longuement étudiées dans la thèse de Minet. Nous avons voulu simplement signaler la distinction entre les suppurations péri-prostatiques circonscrites et le phlegmon diffus à cause de son importance au point de vue traitement. Si les premiers en effet, peuvent être traités, au moins à leur début, comme les abcès limités de la glande, les autres au contraire méritent d'être considérés comme une complication et constituent une contre-indication à l'incision rectale C'est un point sur lequel nous reviendrons au moment du traitement.

Nous avons déjà signalé l'évolution habituelle de ces suppurations péri-prostatiques vers l'urèthre, le rectum, la fosse ischio-rectale, le périnée antérieur. Signalons encore les cas rares de propagations inguinales et obturatrices, les cas exceptionnels de propagation péritonéale,

de fusées vers l'ombilic, la grande échancrure sciatique, les fausses côtes. A ces complications il faut ajouter à titre exceptionnel l'orchi-épididymite, la suppuration des vésicules séminales, la phlébite et surtout les fistules rectales et périnéales, plus fréquentes.

Citons en terminant les lésions consécutives et lointaines : atrophie de la prostate produisant des troubles de la miction et de l'éjaculation ; le rétrécissement de l'urèthre, et celui du rectum (Kirmisson et Desnos).

CHAPITRE II

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC.

Nous prendrons comme type la forme aiguë habituelle, survenant au cours d'une blennorragie et que nous aurons surtout en vue en faisant le traitement. Nous parlerons ensuite brièvement de la forme subaigüe, des formes latentes et chroniques.

FORME AIGUE

Il s'agit d'un adulte, entre 20 et 40 ans le plus souvent, qui de trois à six semaines après le début de l'écoulement, a été pris brusquement à la suite d'une injection mal conduite, d'un traumatisme ou d'une fatigue, d'un frisson, de troubles de la miction allant souvent jusqu'à la rétention ; de douleur vive au périnée et de troubles de la défécation.

Dans d'autres cas, le début a été insidieux, marqué seulement par une sensation de gêne, de tension périnéale, avec douleurs à la fin de la miction.

Au bout de quelques heures ou de quelques jours, les

signes de prostatite ont acquis une plus grande netteté :

La douleur siégeant profondement dans le périnée ou localisée à l'anus, est vive, sourde, gravative, irradie vers la verge, le gland, les lombes, les cuisses, la région lombaire et sacrée ; elle est exaspérée par les efforts de miction et de défécation qui sont involontaires, par les mouvements, la station assise, obligeant le malade à se tenir courbé en deux ou à rester immobile, couché sur le côté, en chien de fusil.

La *miction* est difficile, impérieuse ; les efforts pressants n'aboutissent qu'à l'expulsion lente d'une petite quantité d'urine émise en jet filiforme et tortillé. Les urines sont claires, ou un peu salies par l'écoulement uréthral cependant diminué. On a noté dans certains cas l'existence de priapisme douloureux (Verdier, Lallemand).

La *défécation* s'accompagne de ténesme très douloureux, avec sensation de corps étranger dans le rectum.

Si on pratique le *toucher rectal* à cette époque on sent la prostate hypertrophiée en masse ou dans l'un de ses lobes, à contours nets, partout également douloureuse au toucher, tendue, résistante, parfois parsemée de noyaux de consistance moindre. Le doigt atteint rarement au dessus de la glande, les vésicules séminales bosselées et douloureuses.

Le *cathétérisme* ne donnerait que peu de renseignements, d'ailleurs il faut absolument s'en abstenir quand la rétention ne le rend pas nécessaire.

Le tableau clinique est complété par les signes généraux, toujours assez marqués : la température est à 38°

ou 39° ; la fièvre souvent accompagnée de frissons. Les voies digestives présentent un état saburral : la soif est vive, la langue est sale et sèche ; les vomissements surviennent parfois.

Cet état persiste une dizaine de jours : les symptômes s'atténuent quand la prostatite évolue vers la guérison ; ils s'aggravent au contraire quand elle aboutit à la *suppuration*.

Les *douleurs* périnéo-anales augmentent d'intensité, deviennent lancinantes, prennent des caractères de battements sourds et répétés ; la rétention survient fréquemment en même temps que s'accroissent les troubles de la défécation.

Les *signes généraux* conservent la même intensité, ou redeviennent plus accentués, s'il y avait eu amélioration à la fin de la période précédente ; on voit alors les frissons réapparaître, en même temps que remonte la fièvre qui se maintient à un degré élevé.

Au *toucher rectal*, la prostate est plus volumineuse, souvent davantage dans l'un de ses lobes ; le doigt provoque une sensibilité très vive et détermine une douleur exquise en un point localisé ; il perçoit parfois des battements vasculaires à la face antérieure du rectum, véritable « pouls prostatique ».

Les sensations sont d'ailleurs variables suivant le siège de la collection.

1) Quand l'abcès est sous-muqueux on ne peut affirmer sa présence : tout au plus reconnaît-on l'inflammation de la glande.

2) Quand il se propage vers la paroi rectale, on sent

au toucher une zone molle et dépressible, entourée d'une portion de la glande plus résistante ; si la collection purulente est abondante, elle donne la sensation de fluctuation véritable (Observations I, II, V).

3) Enfin quand l'abcès est central et séparé du doigt par une épaisseur de tissu peu considérable on sent une masse molle et dépressible : suivant l'expression de M. Guyon le doigt semble déprimer un morceau « d'étoffe peu épaisse et souple, mal tendue sur un cadre épais et dur ».

Ces symptômes constatés au toucher sont d'ailleurs souvent masqués par la *périprostatite* ; on constate alors un empâtement général et le tissu voisin enflammé pourrait faire croire à un abcès volumineux alors que le pus est peu abondant.

Quand la *périprostatite est suppurée*, l'aggravation de l'état général en est dans certains cas la seule manifestation, en particulier dans le phlegmon diffus exceptionnel, mais très grave.

Dans d'autres cas, le toucher rectal seul indique le siège extra-glandulaire de la suppuration : le doigt montre une collection ramollie, médiane ou latérale, ou des zônes molles ou dépressibles disséminées dans une gangue phlegmoneuse indurée, appliquée à la face antérieure du rectum, qui remonte souvent très haut derrière la vessie.

Quand le pus a fusé vers le périnée, celui-ci est rouge, œdématié, présente de l'empâtement, mais ce sont là des signes tardifs.

Cette forme aigüe évolue d'ordinaire spontanément

vers la guérison; après ouverture uréthrale, rectale ou même périnéale, quand l'ouverture est assez large pour éviter la rétention du pus : l'écoulement purulent diminue peu à peu, puis se tarit complètement et la guérison survient, mais elle n'est pas toujours définitive, un nouvel abcès pouvant se former. L'ouverture insuffisante favorise la persistance de fistules, qui sont recto-périnéales, uréthro-périnéales, ou recto-uréthrales.

La mort peut également survenir : Campenon signale 24 décès sur 93 cas ; elle est due à l'infection purulente, à la septicémie, rarement à l'infection urinaire, exceptionnellement à la péritonite, à la pylonéphrite.

Après la forme aigüe, il faut décrire des formes moins fréquentes :

1° **Forme suraigüe**. — Qui a dès son apparition les allures cliniques d'un véritable phlegmon avec état général très grave et demande une intervention précoce.

2° **Forme subaigüe**. — Dont le début ne s'accompagne pas de réaction générale, marquée seulement par une augmentation de volume de tout ou partie de la glande. C'est une prostatite suppurée insidieuse, intermédiaire entre la prostatite chronique et l'abcès chaud de la glande, dont Mayet et Lindsay ont rapporté deux cas.

3° **Les abcès chroniques avec poussées aigües**. — Signalés par Desnos, survenant chez des sujets jeunes au cours d'une uréthrite chronique ou derrière des retrécissements infectés. Ils sont caractérisés par des poussées d'acuité de courte durée, dont les signes sont ceux des abcès périprostatiques, survenant entre des périodes froides de plus longue durée ; au cours de ces dernières qui se manifes-

tent par peu de signes fonctionnels, on trouve au toucher une masse lobulée, mal délimitée, renitente, sans fluctuation vraie.

Au lieu d'évoluer ainsi vers la périprostatite, ces abcès peuvent diminuer peu à peu et prendre l'aspect d'une prostatite chronique.

4° **Les abcès chroniques ou latents** à évolution complètement froide, survenant chez de vieux urinaires, surtout dans les prostatites chroniques où ils provoquent par leurs évacuations successives de véritables uréthrites à répétition et dans l'hypertrophie de la prostate.

Ces abcès restent souvent enfouis longtemps dans la prostate sans déterminer aucune douleur ; ils s'accompagnent parfois de rétention complète ou incomplète. Ils ne sont en général découverts qu'au moment de leur ouverture spontanée ou accidentelle dans l'urèthre.

Puis la communication avec l'urèthre s'interrompant, une nouvelle collection purulente se forme qui s'évacuera à son tour ; à la longue ces abcès produisent des fistules uréthrales chroniques.

Citons en terminant *les abcès latents sous-muqueux*, signalés en 1899 par Desnos au Congrès d'urologie ; ils s'accompagnent de troubles mictionnels intenses, bien qu'à peine décelables par le toucher rectal et ont tendance à se prolonger indéfiniment.

Diagnostic. — Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel, les signes fonctionnels et généraux et surtout le toucher rectal permettent de distinguer facilement l'abcès de la prostate de la coopérite, de l'inflammation des vésicules séminales, de la cystite du col, moins faci-

lement quelquefois de la tuberculose de la prostate qui pourrait être confondue avec un abcès à évolution latente si elle ne présentait çà et là des bosselures dures au toucher alternant avec des foyers limités de ramollissement.

Les abcès latents surtout sont souvent méconnus ; comme le disait Civiale, ils « ne causent pendant la vie que des sensations tellement vagues qu'on ne les soupçonne même pas et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on découvre les désordres ». D'où la nécessité de pratiquer le toucher rectal ; c'est encore ce mode d'exploration qui, employé systématiquement, fera reconnaître un abcès compliquant une hypertrophie de la prostate et évitera de le confondre avec une cystite.

L'inflammation de la prostate une fois reconnue, il importe avant de discuter les indications d'une intervention et le mode opératoire, de diagnostiquer l'existence de la suppuration elle-même et ses limites.

1° Y A-T-IL SUPPURATION ? S'agit-il d'un abcès véritable ou de prostatite parenchymateuse non suppurée ? Nous distinguerons deux ordres de cas : des cas faciles et des cas difficiles.

1) *Cas faciles*. Le diagnostic n'est pas douteux chez un blennorragique présentant de la rétention d'urine, des douleurs vives au périnée exagérées par la miction et la défécation, de la fièvre, quand le toucher montre une prostate augmentée de volume, faisant dans le rectum une forte saillie, et présentant en un point où la pression du doigt provoque une douleur exquise, sinon une fluctuation vraie, du moins une résistance élastique

caractéristique qui contraste avec la dureté du tissu glandulaire voisin.

2) *Cas difficiles.* Quand au contraire, la douleur et la gêne périnéale sont modérées, la fièvre peu élevée, les mictions douloureuses mais sans rétention, la prostate dure, globuleuse au toucher, s'agit-il d'une inflammation de la glande sans collection purulente, ou d'un véritable abcès masqué par le tissu enflammé ? Le diagnostic d'abcès ne peut être affirmé que si la pression provoque en un point nettement saillant une douleur vive et bien localisée toujours au même endroit, ou si les urines sont troubles après massage.

2° L'abcès est-il intra-glandulaire, ou a-t-il dépassé les limites de la glande et envahi le tissu péri-prostatique ? Là encore, il faut distinguer deux ordres de cas : Tantôt la suppuration péri-prostatique se manifeste exclusivement par une aggravation de l'état général et prend l'aspect d'un véritable phlegmon diffus, ce qui est rare.

Tantôt, et c'est presque de règle, la péri-prostatite suppurée ne diffère pas par les signes fonctionnels de l'abcès limité à la glande, bien que la prédominance des douleurs à la défécation sur celles qui accompagnent la miction soit en faveur de la péri-prostatite. Mais d'ordinaire celle-ci n'est reconnue qu'au toucher rectal : la glande n'a plus ses limites nettes, elle se prolonge par une masse irrégulière, soit en haut, soit latéralement. Cette masse est parfois ramollie et fluctuante quand elle est très étendue ; elle présente dans tous les cas une mollesse et une dépressibilité très nettes à cause de son voisinage du rectum.

Avant d'arriver à la suppuration, la péri-prostatite rend plus difficile l'appréciation des limites de l'abcès qui est entouré d'une gangue inflammatoire épaisse et dure. Il y a là une cause d'erreur pouvant faire croire à une vaste collection purulente alors qu'il s'agit d'un abcès peu volumineux avec réaction inflammatoire péri-prostatique intense.

Telles sont les différentes formes d'abcès de la prostate. Leur pronostic, surtout dans les abcès aigus, varie suivant le moment de l'évacuation. Bénins quand ils s'évacuent rapidement, parce qu'ils guérissent en laissant peu de traces, ils sont au contraire plus sérieux quand l'ouverture est tardive, car ils exposent le malade à des fistules, à la péri-prostatite, même à la péri-prostatite phlegmoneuse diffuse, d'où la nécessité d'intervenir rapidement.

Nous essaierons d'abord de préciser, dans le chapitre suivant, les indications de cette intervention.

CHAPITRE III

TRAITEMENT.

Après avoir étudié les indications du traitement chirurgical, nous ferons un court exposé historique des méthodes de traitement employées jusqu'alors, puis nous exposerons les raisons qui nous paraissent militer dans la plupart des cas en faveur de l'incision rectale dont nous indiquerons ensuite la technique.

INDICATIONS D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE.

Les avis sont partagés au sujet des indications d'intervenir ; parmi les chirurgiens, les uns sont abstentionnistes, et pensent qu'il ne faut pas se presser d'agir, escomptant les chances d'une ouverture spontanée (André, Nicolich, Rafin) ; les autres, et c'est le plus grand nombre, sont interventionnistes et admettent que tout abcès de la prostate diagnostiqué doit être incisé, s'appuyant sur les considérations suivantes : l'opération soulage le malade, rend plus facile la guérison et évite toutes les complications de fusées purulentes, de suppurations à distance et de fistules consécutives.

Nous croyons pouvoir distinguer trois ordres de cas au sujet de l'opportunité de l'intervention : *1*) ceux où l'expectation est indiquée ; *2*) ceux où l'opération peut être différée ; *3*) ceux où l'indication d'intervenir est des plus nettes.

1° *Cas où l'expectation est indiquée.*

Sans parler de la prostatite folliculaire que nous ne rangeons pas au nombre des abcès de la prostate, et qui ne justifie pas une intervention, nous limitons l'expectation aux cas suivants :

1) Les *abcès subaigus*, sans poussée actuelle, dans lesquels le massage donne les meilleurs résultats, surtout dans les abcès péri-uréthraux.

2) Les *petits abcès miliaires* qui d'ailleurs ne sont souvent diagnostiqués qu'au moment où leur ouverture dans l'urèthre se traduit par un écoulement abondant de pus.

3) Les *abcès aigus*, même volumineux *déjà ouverts dans l'urèthre*, sans accidents généraux et sans rétention purulente ; on les traitera par les massages et les lavages, tout en surveillant attentivement le malade, se tenant prêt à intervenir à la moindre recrudescence fébrile ou aux menaces de péri-prostatite.

2° *Cas où l'intervention peut être différée.*

Ce sont surtout ceux à symptomatologie peu nette, dans lesquels on ne peut affirmer s'il s'agit de prostatite parenchymateuse avec petits abcès folliculaires, ou d'un abcès déjà collecté. Dans ces cas à diagnostic difficile dont nous avons parlé, quand rien ne permet de reconnaître la présence d'une collection purulente, c'est le cas de pratiquer « l'expectation armée » On se bornera à un

traitement antiphlogistique : le malade sera tenu au lit, soumis à une diète légère, avec boissons abondantes, on administrera matin et soir un lavement évacuant suivi d'un petit lavement très chaud à 50° qui sera conservé le plus longtemps possible. On donnera plusieurs grands bains tièdes et prolongés ; on pourra également, suivant la méthode de Reclus, maintenir sur le périnée des compresses très chaudes.

Si les douleurs sont violentes, on aura recours aux suppositoires calmants à l'extrait thébaïque, à l'extrait de belladone ou à l'onguent napolitain suivant la formule de Guyon. Enfin l'application de sangsues au périnée, un peu tombée dans l'oubli, produira une déplétion sanguine souvent des plus heureuses.

Il faut en outre éviter toutes les causes d'irritation du canal uréthral, supprimer les lavages s'il s'agit d'un blennorragien, ne recourir au cathétérisme que s'il est indispensable et le pratiquer avec une sonde de Nélaton.

Il est enfin une catégorie d'abcès dans lesquels l'expectation est permise ; ce sont ceux dans lesquels l'état général étant bon, il n'y a ni fièvre élevée, ni dysurie très marquée, ni tendance de l'abcès à se faire jour vers le rectum ou le périnée. Mais là encore plus que précédemment, une étroite surveillance est de rigueur.

3° *Cas où il faut intervenir.*

Les indications opératoires sont absolues dans les cas suivants :

1) *Dans les abcès non ouverts spontanément* quand les phénomènes généraux sont très marqués, l'état général mauvais, la fièvre excessive. Certains opérateurs (Noguès)

attachent une grosse importance à l'*hyperthermie*. Cependant elle n'a pas une valeur absolue ; c'est un point sur lequel a insisté Minet à la session d'urologie de 1908 ; elle a surtout de l'importance quand elle évolue parallèlement à d'autres signes fonctionnels et physiques. « Il est important d'opérer malgré l'absence ou la disparition presque complète de la fièvre quand la sédation de température n'est pas accompagnée de l'ouverture spontanée de l'abcès. Cette marche apyrétique et traînante s'observe même dans les suppurations péri-prostatiques ».

Les *douleurs violentes*, la *dysurie* très marquée, surtout la rétention complète d'urine ont été considérées comme des indications opératoires importantes. Pour Rafin « l'indication d'intervenir résulte surtout de la dysurie ; jusque-là, sauf dans les abcès infectieux à signes généraux marqués ou à tendance envahissante, la temporisation est permise ».

Nous croyons que la dysurie, quel qu'en soit le degré, ne commande pas l'intervention ; elle existe aussi bien dans la prostatite aigüe que dans l'abcès collecté.

L'opération au contraire s'impose. Quant au toucher, on trouve une collection volumineuse et tendue ; à plus forte raison quand l'abcès a dépassé les limites de la glande.

2) *Dans les abcès déjà ouverts spontanément* dans l'urèthre ou dans le rectum, il faut intervenir si les signes fonctionnels réapparaissent ; si la température ne redescend pas à la normale ou si la fièvre qui avait cessé reprend ; si l'état général reste mauvais ; si on constate un début de péri-prostatite révélé par un commencement

d'empâtement au toucher, par les limites moins nettes de la glande ou la recrudescence des signes généraux ; si le pus ne s'évacue pas ou si la cavité n'a pas tendance à se vider ou à se combler.

Les observations montrent la nécessité d'une opération dans certains cas d'évacuation spontanée : sur 104 cas d'ouverture spontanée Lafont signale 29 cas de complications graves.

3) Enfin certains cas *d'abcès chroniques,* récidivants ou d'abcès latents avec poussées aigües sont justiciables, après l'échec des massages, d'une intervention qui préviendra les fistules souvent rebelles.

HISTORIQUE

Depuis, le commencement du XVIII^e^ siècle époque avant laquelle les abcès de la prostate n'étaient pas connus, l'histoire de leur traitement a passé par trois phases successives : dans la première, les chirurgiens préconisent suivant l'évolution naturelle de l'abcès la voie rectale ou la voie périnéale. Avec Dittel en 1874 commence la deuxième phase dans laquelle la voie périnéale fut surtout employée. Depuis que M. Routier en 1894 a tenté de réhabiliter la méthode rectale, les deux voies opératoires ont de nouveau leurs partisans.

Colot au XVIII^e^ siècle conseille, après l'échec des sai-

gnées, l'incision périnéale et la mise à demeure d'une « canule afin de tirer les urines et les matières corrompues ». J. L. Petit le premier donna des observations précises d'abcès de la prostate et conseilla la voie vésicale. Dugas (1832) conclut dans sa thèse à l'ouverture par la vessie ou le périnée. Puis Lallemand et ses élèves Verdier et Marchal préconisent l'ouverture par le cathétérisme ou l'incision prérectale. Velpeau écrivait en 1842 : « Le point le plus convenable pour les abcès de la prostate serait le périnée le plus près possible de l'anus, ils trouveraient là un point déclive qui les mettrait à l'abri de toute stagnation de liquide... après le périnée c'est le rectum qui offre le plus d'avantages ». Il conseille cependant l'ouverture uréthrale ou vésicale quand l'abcès y tend spontanément. Demarquay en 1856 opère avec succès quatre cas où l'abcès faisait saillie par le périnée. Chassaignac, conseillait d'inciser là où l'abcès proémine. Béraud dans sa thèse (1857) se prononce pour l'incision périnéale quand l'abcès bombe au périnée. Nelaton (1859) trouve la méthode trop hardie et n'ose la conseiller. Guyon (1869) fait une ponction rectale. Otto Stoll (1877) emploie les ponctions au trocart ou les incisions courtes. Thompson (1874) emploie l'incision périnéale dans les abcès saillant au périnée.

Dittel en 1874 avait déjà proposé d'appliquer sa méthode de décollement de la paroi rectale antérieure à la recherche des collections prostatiques ouvertes dans l'urèthre et tardant à guérir. Guyon en 1884 incisa par le périnée un abcès saillant dans le rectum. Hartmann en 1885 employa la même voie. Segond qui en 1880 con-

cluait dans sa thèse « qu'il est impossible de déduire une règle absolue pour le choix de l'une des trois méthodes (uréthrale, périnéale, rectale) au détriment des deux autres ; on incisera par le rectum ou le périnée suivant la prédominance vers l'un ou l'autre » , se prononce en 1885 pour l'incision périnéale : « Dans la majorité des cas, on doit préférer l'incision périnéale à la ponction rectale ». Zuckerkandl emploie son procédé à lambeau périnéal. Guyon défend l'incision prérectale de Nélaton.

Puis en 1894, Routier et après lui Casper, Guiard se firent les défenseurs de la voie rectale. Routier inspira la thèse de Lafont (1895). Chaput employa sa pince-trocart et Reynier la canule Potain.

Walther en 1900 dans la thèse de Chevallier: Bérard et Patel en 1903 ; Chaput et Reynier en 1904 et plus récemment Routier, Broca, Poncet, Walther, Guinard, Chaput, Reynier, Le Dentu défendirent l'incision rectale dans les abcès d'origine appendiculaire pointant du côté du petit bassin.

Actuellement les deux méthodes rectale et périnéale ont leurs partisans, comme il ressort de la discussion à la session d'urologie de 1907.

D'une part, Albarran conclut ainsi : « La voie périnéale me paraît devoir être préférée parce qu'elle est la plus propre, celle qui permet le mieux d'ouvrir les différentes collections qu'on peut rencontrer et parce qu'elle donne plus de garanties pour la guérison complète du malade. — Hartmann et Lavenant considèrent la périnéotomie transversale comme le traitement de

choix, c'est également l'opinion de Noguès. — Pour Rafin, « toutes les fois qu'on le pourra, c'est à la périnéotomie que l'on devra recourir ». Héresco de Bucarest donne ses préférences à la voie périnéale. Pasteau considère la voie rectale comme une voie d'exception qui ne peut convenir que par hasard aux petits abcès postérieurs bien localisés. Minet préfère également la voie périnéale que Desnos considère comme beaucoup plus avantageuse.

D'autre part, Oraison conseille dans la plupart des cas la voie rectale. André, Le Fur pensent qu'il faut ouvrir l'abcès du côté où il pointe le plus. — Loumeau conseille également de suivre la voie tracée par la nature. Tédenat qui préfère l'incision prérectale emploie la voie rectale en cas d'abcès faisant saillie dans le rectum. Hamonic emploie exclusivement la voie rectale.

CONSTITUTION DE LA LOGE PROSTATIQUE

Avant d'examiner les raisons qui militent en faveur de l'un ou l'autre procédé opératoire, nous étudierons brièvement la constitution de la loge prostatique.

Contenant la prostate, l'urèthre prostatique et les canaux éjaculateurs, elle présente une face antérieure et une face postérieure, des faces latérales, un

plafond et un plancher. La face antérieure est constituée par la symphyse pubienne ; la face postérieure par l'aponévrose prostato-péritonéale peu résistante, qu'une simple pression de la sonde cannelée suffit à effondrer. Entre elle et la face antérieure du rectum est l'espace prérectal, tout petit, fermé en bas par l'union du rectum à la partie inférieure de l'aponévrose prostato-péritonéale et au plancher uro-génital : mal oblitéré en haut par le péritoine et communiquant avec le reste de l'espace pelvi-sous-péritonéal.

Les faces latérales sont formées par les muscles releveurs de l'anus, tapissés de leur aponévrose périnéale supérieure. Entre la glande et les parois de sa loge se trouve un espace péri-prostatique, comblé par du tissu cellulaire et contenant sur les côtés de nombreux vaisseaux veineux ; il se condense à ce niveau autour d'eux et forme l'aponévrose latérale de la prostate.

Le plancher est formé par le feuillet supérieur de l'aponévrose moyenne, résistante, d'où ce n'est que tardivement que l'abcès fera saillie au périnée.

Le plafond, par les ligaments pubo-vésicaux en avant le col de la vessie et le trigone en arrière.

La prostate est donc assez profondément située. Si on l'aborde par la voie périnéale, en effet, on trouve au-dessous des plans superficiels, des formations musculo-aponévrotiques qui relient le bulbe à l'anus. Il faut les inciser en attirant le bulbe en avant et en laissant en arrière les fibres antérieures du sphincter externe et le noyau central du périnée. On n'atteint la glande qu'après

section du muscle recto-uréthral et isolement du rectum.

Il suffit au contraire d'inciser la paroi intestinale pour atteindre la prostate par la voie rectale. En pratiquant l'incision médiane au para-médiane on risque moins de produire des hémorragies. L'artère hémorroïdale moyenne, en effet, donne des rameaux rectaux qui suivent les parois latérales du rectum pelvien et périnéal pour arriver ensuite sur sa paroi antérieure. D'autre part les artères hémorroïdales inférieures et l'anastomose transversale quï les unit ne dépassant guère le sphincter anal, il semble y avoir une région médiane où il n'existe pas de rameaux artériels et veineux importants.

DES AVANTAGES DE L'INCISION RECTALE.

Si on exclut la voie vésicale, utilisable seulement pour l'énucléation de la prostrate hypertrophiée avec abcès, trois voies s'offrent au chirurgien : la voie uréthrale, la voie rectale et la voie périnéale.

Velpeau se servait d'une sonde conique pour évacuer les abcès par l'urèthre. Le Dentu a conseillé de faire saillir la poche du côté du canal à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum pendant qu'une sonde métallique est conduite jusque sur l'obstacle ; une légère pression fait pénétrer son bec dans l'abcès. Mais bien

que les cas de guérison soient fréquents dans les ouvertures spontanées, l'orifice est souvent irrégulier et insuffisant pour permettre le libre écoulemnnt du pus ; aussi, si un cathétérisme peut accidentellement provoquer cette ouverture, elle paraît devoir être considérée plutôt comme une complication que comme un mode de traitement, exception faite pour les abcès sous-muqueux, d'ailleurs rarement diagnostiqués, qui guérissent facilement.

Cependant quelques chirurgiens sont encore partisans de cette voie et favorisent par le massage l'ouverture uréthrale, qui leur a donné de bons résultats : Méglio cite 28 cas de guérison ; Bierhof, 9 cas ; Genouville, 7 cas ; Duhot, 12 cas ; Frank, 22 ; Oraison, 21 ; Rochet, 6 cas, etc.

Mais deux voies surtout se partagent la faveur des chirurgiens : la voie rectale et la voie périnéale. Or de l'avis même des partisans de cette dernière, la voie rectale présente deux avantages incontestables :

1° C'est une opération d'*une exécution facile* ne demandant pas de connaissances anatomiques précises ni une pratique habituelle de la chirurgie, contrairement à l'opération périnéale, véritable opération chirurgicale puisqu'elle doit conduire sur un abcès profondément placé, et au cours de laquelle le bulbe risque d'être lésé et le rectum ouvert.

2° D'autre part, la *guérison* est, dans la majorité des cas, *beaucoup plus rapide*.

La durée moyenne du séjour au lit est de quatre à six semaines après les opérations par voie périnéale. Les abcès incisés par le rectum au contraire sont d'or-

dinaire complètement guéris en une quinzaine de jours, comme le montrent nos observations ; quelquefois la cicatrisation est plus longue, mais dans les cas que nous rapportons, la comparaison entre les deux méthodes, au point de vue de la rapidité de la guérison est en faveur de la voie rectale.

Si la voie rectale présente ainsi de réels avantages, nous serons autorisé à l'adopter, si elle n'expose pas à plus de dangers que la voie périnéale.

En effet, un certain nombre d'objections contre la méthode rectale ont été formulées :

C'est une simple ponction et par conséquent *insuffisante*, ne permettant pas le libre écoulement du pus, ni le lavage et le drainage de la cavité. Toute antisepsie est par le fait même impossible et d'autre part, la plaie étant en communication avec un foyer septique, l'intestin, est menacé d'infection secondaire.

Elle est en outre *dangereuse* pour le présent à cause des hémorragies les plus inquiétantes qu'elle provoque parfois, comme en témoignent les trois cas de Guyon, le Dentu, Guiard, et *compromettante* pour l'avenir en favorisant la production de fistule uréthro-rectale, souvent incurable.

M. Routier en 1894 s'est fait le défenseur de l'incision rectale. Si la plupart des reproches précédemment formulés contre la voie rectale s'appliquent à l'incision à l'aide d'un bistouri à pointe coiffée d'une boulette de cire avec lequel le chirurgien ponctionnait l'abcès au point le plus saillant ou le plus mou, ils ne sont plus applicables à la méthode préconisée par M. Routier. L'introduction

d'une valve dans le rectum permet une incision à ciel ouvert d'une longueur de deux à trois centimètres, qui favorise le libre écoulement du pus, ne s'oppose pas à un bon lavage de la cavité de l'abcès et permet par conséquent une antisepsie suffisante, d'ailleurs complétée par l'application d'un tamponnement méthodique à la gaze iodoformée qui prévient l'infection secondaire. D'ailleurs l'infection de la plaie d'origine intestinale est plus théorique que réelle ; M. Routier ne l'a jamais rencontrée : « A cette objection théorique je ne puis répondre que par des faits, mais ils sont probants ; jamais je n'ai observé d'infection secondaire ; quand les malades avaient de la fièvre elle est tombée par l'ouverture de l'abcès et elle n'a pas reparu ».

Les complications infectieuses que l'on observe parfois après l'ouverture spontanée dans le rectum, souvent insuffisante sont exceptionnelles après une large incision rectale. Le drainage peut se faire seul, l'incision étant au point déclive. Casper met un drain dans la cavité ; M. Routier fait un tamponnement qu'il enlève le quatrième jour sans le renouveler.

Nous croyons que ce tamponnement n'est pas nécessaire dans la majorité des cas, la rétention du pus ne se produisant pas quand toutes les cloisons de l'abcès ont été détruites ; nous le réservons aux cas où une hémorragie en nappe assez abondante fait redouter un saignement important dans les heures qui suivent.

On a beaucoup exagéré l'importance des hémorragies ; il est d'ordinaire facile de lier le vaisseau qui saigne ; d'autre part en ayant soin d'inciser là où l'on ne sent

pas de battements artériels, on évite souvent d'intéresser un gros vaisseau. Sans doute il est toujours des vaisseaux néoformés au sein même de la glande, mais ils saignent en général peu abondamment.

Parfois, l'hémorragie ne se produit que quelques heures après l'intervention : le tamponnement est un moyen préventif contre cette hémorragie ; il est facile, d'autre part, comme nous eûmes occasion de le faire dans le cas qui fait l'objet de notre observation II, de pincer le vaisseau qui donne en s'aidant d'une valve, de laisser une ou plusieurs pinces à demeure pendant 48 heures, en même temps qu'un tamponnement de la cavité de l'abcès. Peut-être même, pourrait-on éviter le plus souvent ces hémorragies, en incisant aussi près que possible de la ligne médiane.

D'ailleurs l'hémorragie est également un accident de l'incision périnéale (obs. XLVI) mais il est plus facile, dit-on, de lier le vaisseau qui saigne et de faire un tamponnement serré. Sans doute on voit parfois mieux d'où vient le sang, et le tamponnement est mieux supporté.

Mais la recherche du vaisseau sectionné est facilitée par l'introduction d'une valve anale et le tamponnement est peu douloureux si on a soin d'introduire dans le rectum un drain entouré d'une compresse pour permettre l'évacuation des gaz.

Enfin on a reproché à la voie rectale de favoriser les fistules uréthrorectales. Ces fistules sont moins à redouter depuis qu'on incise largement les abcès de la prostate et qu'on détruit soigneusement les brides, qui cloisonnaient la cavité, le pus ayant peu de tendance à la ré-

tention; elles sont d'ailleurs rares : un cas de Loumeau guéri en 15 jours ; un cas de Pauchet qui persista deux mois ; un cas de Guizy qui nécessita l'extirpation du trajet fistuleux ; deux cas de Routier, d'ailleurs facilement guéris spontanément. Elles seraient sans doute tout à fait exceptionnelles, si l'incision était pratiquée de bonne heure.

Si l'incision périnéale met le plus souvent à l'abri des fistules uréthro-rectales, cependant quelquefois observées (un cas de Pousson : fistule uréthro-recto-périnéale ; deux cas de Loumeau qui persistèrent l'une un mois, l'autre plus de quatre mois et demi), elle n'évite pas les fistules uréthro-périnéales qui sont certainement aussi fréquentes et plus difficiles à guérir : un cas de Guizy ; un cas de Noguès qui dura trois mois ; trois cas de Pousson dont la durée n'est pas indiquée ; un cas de Goldenberg ; un cas de Loumeau qui dura un mois et demi ; trois cas relatés dans la thèse de Toupet (observations LXV, LXVI, LXVII) dont deux persistèrent respectivement trois et cinq semaines ; dans le troisième cas la fistule n'était pas complètement fermée au bout de cinq semaines.

Enfin l'incision périnéale risque davantage de léser les canaux éjaculateurs que l'incision rectale.

Contre-indications. — Si dans la majorité des cas, l'incision rectale doit être préférée, il existe cependant quelques contre-indications à cette méthode qui sont des indications de la voie périnéale.

1° Quand il s'agit d'un *grand abcès péri-prostatique*, surtout remontant très haut avec état général grave, la

voie périnéale est préférable ; elle permet de drainer largement avec de gros tubes une collection rétro-vésicale ou péri-vésiculaire.

2° Quand *l'abcès pointe déjà vers le périnée*, qui présente parfois une saillie médiane œdémateuse et rouge (obs. XLI et LVI).

Blanquinque, dans sa thèse, signale ces deux indications à la voie périnéale : « elle convient plus particulièrement aux cas anciens ou compliqués pour lesquels il y a tendance manifeste à diffuser vers le périnée ».

3· Certains opérateurs craignant la production d'une fistule uréthro-rectale n'admettent pas l'incision rectale quand *il existe déjà une ouverture uréthrale*, mais insuffisante avec persistance de fièvre, douleurs et dysurie.

Nous pensons que l'ouverture uréthrale, quand elle est de date récente, n'est pas une contre-indication réelle ; les malades qui font le sujet de nos observations III, XXI, et XXIV guérirent rapidement et sans complication. L'incision périnéale paraît devoir être réservée aux *cas anciens d'ouverture spontanée uréthrale ou rectale ayant déterminé une fistule qui tarde à guérir*.

Ces réserves faites l'incision rectale donne les meilleurs résultats: la plupart des cas guérissent en moins de quinze jours ; les fistules guérissent d'ordinaire spontanément en quelques jours (observations I et VI).

La guérison est d'ailleurs d'autant plus rapide que l'intervention a été plus précoce. A la condition d'être pratiquée de bonne heure et largement, cette méthode n'encourt pas le reproche de ne donner qu'une guérison souvent imparfaite.

TECHNIQUE

Plusieurs méthodes ont été employées ; nous ne parlerons pas du procédé de Desprès qui se servait de l'ongle ni de la ponction à l'aide du trocart, pratiquée par Guiard.

La méthode classique jusqu'en 1894 était celle qu'employait M. Guyon : le malade étant placé dans la position de la taille, on introduit en le guidant sur l'index gauche, un bistouri dont la lame est partiellement entourée de diachylon et la pointe coiffée d'une boulette de cire. La main droite relevant brusquement le manche de l'instrument, la pointe coupe la boulette de cire et ouvre l'abcès.

M. Marion dans son manuel de technique chirurgicale, conseille de guider sur l'index un bistouri garni de diachylon de façon que la pointe seule soit libre; l'ouverture ainsi faite est agrandie avec le doigt par dilacération. Comme soins consécutifs il suffit en général de nettoyer matin et soir le rectum par de grands lavements.

M. Hamonic, partisan de la même méthode, se sert de ciseaux qu'il introduit fermés dans le rectum, sur son index comme conducteur.

M Routier préfère opérer à ciel ouvert en mettant une valve dans le rectum. Ce procédé a l'avantage de rendre plus facile l'intervention qui peut ainsi être pratiquée

par un opérateur peu familiarisé avec la chirurgie. La technique est la suivante :

Le malade a été purgé la veille ; on lui administre un grand lavement deux heures avant l'opération. Placé dans la position de la taille, ou dans le decubitus latéral gauche la jambe gauche étendue, la droite fléchie, il est anesthésié au chloroforme ou au bromure d'éthyle. Après dilatation de l'anus, on y introduit le spéculum de Trélat ou une valve de Sims. La région prostatique est alors facilement découverte, mais il faut avoir soin de repérer exactement l'abcès avant l'anesthésie ; il était en effet saillant, à l'état de veille, par suite de la contraction du releveur anal, mais le muscle une fois relâché, il ne fait plus qu'un relief à peine marqué.

Après avoir trouvé le point le plus saillant et s'être assuré de l'absence de battements artériels, on incise franchement sur une longueur de deux à trois centimètres, en suivant le plus possible la ligne médiane. Le pus s'écoule facilement : on l'aidera en dissociant les cloisons persistantes. Après un lavage à l'eau boriquée ou naphtolée, à l'aide d'une canule introduite sur le doigt dans la cavité de l'abcès, une pince à forcipressnal ou une légature est placée, s'il y a lieu, sur les vaisseaux qui saignent.

Dans les cas où un saignement en nappe fait craindre une hémorragie dans les heures qui suivent l'opération, on fait un tamponnement à la gaze stérilisée ou iodoformée, qu'on enlève le troisième ou quatrième jour, à moins, ce qui est fréquent, qu'il n'ait été expulsé spontanément.

Habituellement, le tamponnement ne nous paraît pas nécessaire. On pratique matin et soir un grand lavage : comme il a été fait chez nos malades du service Civiale, le malade est constipé pendant trois ou quatre jours, puis purgé.

La fièvre tombe d'ordinaire vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'opération, et la guérison est le plus souvent complète du dixième au quinzième jour.

OBSERVATIONS

Observation I (*personnelle*)
recueillie dans le service de M. Marion.
Abcès de la prostate. — Incision rectale. Guérison en dix jours.

L. Ch. âgé de 19 ans, placier, entre à Lariboisière, salle Civiale, le 4 janvier 1909.

Depuis la veille, il se plaint de douleurs hypogastriques violentes accompagnant une rétention d'urine complète qui nécessite des sondages.

Ces douleurs sont apparues une semaine seulement après le début d'une uréthrite aigüe, se manifestant actuellement par un écoulement assez abondant... Pas de fièvre.

Rien de spécial dans les antécédents : pas d'autre blennorragie antérieure.

Examen : le toucher rectal très douloureux permet d'apprécier une augmentation de volume de la prostate qui bombe nettement dans le rectum et est molle dans toute son étendue.

7 et 8 janvier : la température s'élève à 37°, 8 ; la défécation est très douloureuse ; les besoins d'uriner fréquents et impérieux ne sont suivis d'aucune émission d'urine.

9 janvier : pas d'amélioration dans les signes fonctionnels ; la fièvre : 39° ; la prostate est nettement fluctuante.

Incision rectale donne issue à une grande quantité de pus ; lavage abondant.

11 janvier. La température a baissé progressivement ;

LANE LIBRARY

elle est à 37° ce matin. Pendant les mictions, un peu d'urine passe par le rectum. Cette fistule persiste six jours ; le malade n'en présente plus trace à sa sortie le 18 janvier. A ce moment la prostate est aplatie et régulière.

Revu trois semaines après son départ, la guérison de son abcès persiste ; on constate encore un léger suintement uréthral.

Observation II. (*personnelle*),
Recueillie dans le service de M. Marion.

Abcès de la prostate. — Incision rectale. — Hémorragie. — Guérison en 15 jours.

B. R. âgé de 30 ans, artiste peintre entre à Lariboisière, salle Civiale le 13 février 1909.

Il se plaint surtout de douleurs périnéales qui ont débuté brusquement il y a quelques jours au cours d'une uréthrite aigüe datant de trois semaines et traitée par des injections. Le malade a ressenti brusquement une plénitude rectale avec douleurs qui ont augmenté d'intensité, sont actuellement persistantes et plus accusées la nuit que le jour. Les urines émises lentement et avec quelques douleurs sont troubles à cause de l'écoulement uréthral. La température est peu élevée : 37°, 5 ; l'état général excellent.

Examen : Au toucher rectal, on trouve la prostate augmentée de volume, de consistance irrégulière : Dure à gauche et bien limitée, elle est plutôt rénitente au niveau de son lobe droit et plus difficilement limitable.

Pas d'autre blennorragie antérieure. Testicule droit en ectopie inguinale, est mou et atrophié. Testicule gauche en situation normale présente une légère atrophie.

Le 16 février ; la température est montée la veille au soir à 38°,5, en même temps que les douleurs se sont accentuées, le lobe droit présente une fluctuation nette.

VIGOT

Incision rectale : après dilatation anale, introduction d'une valve qui refoule la paroi postérieure du rectum ; incision de deux centimètres environ au niveau du lobe droit saillant ; écoulement de pus (20 gr. environ). Trois heures après l'opération, hémorragie assez abondante facilement arrêtée par l'application de deux pinces à forcépressure laissées à demeure, et d'un tamponnement à la gaze stérilisée.

Le 17 février : La température qui la veille était 37°, remonte le matin à 37°. 6 : le soir à 38°, 5 ; les pinces et le tamponnement sont laissés à demeure. Le malade urine sans difficulté.

Le 18 février : Lavage de la cavité de l'abcès après ablation des pinces et du tamponnement ; le thermomètre marque 37°. 2.

Suites excellentes : la température reste à 37°, les jours suivants ; mictions normales, défécation non douloureuse.

Le malade sort complètement guéri le 3 mars.

Observation III (*personnelle*),

Recueillie dans le service de M. Marion.

Abcès de la prostate. — Incision rectale. — Guérison en 15 jours.

P. P. âgé de 20 ans, employé de commerce : entre à l'hôpital Lariboisière, salle Civiale, le 28 décembre 1908: Il se plaint de douleurs au périnée, irradiant dans les fesses et les cuisses, plus accentuées la nuit.

Le début remonte à 15 jours, survenu au cours d'une urétbrite blennorragique (la première) qui date d'un mois environ et ne se manifeste actuellement que par une goutte matinale. — Pas de troubles de la miction ; gêne à la défécation

Bon état général ; anorexie légère, pas de constipation ; peu de fièvre : 37°.4.

Au toucher rectal : la prostate est augmentée de volume,

molle, régulière ; un liquide séro-purulent s'écoule en petite quantité pendant l'expression légère de la glande.

Le 29, la température : 38° ; aucun écoulement par l'urèthre.

Le 30, température : 39°,4. Le toucher rectal montre une masse saillante dans le rectum, avec commencement de péri-prostatite ; les limites de la glande sont moins nettes à la partie supérieure.

Incision par le rectum : écoulement abondant de pus. Lavage.

Le 1er janvier : température : 37°. Le pus continue à s'écouler par la plaie rectale.

Le 4 janvier. L'écoulement de pus par le rectum a complètement disparu : on sent au toucher les bords de la plaie presque cicatrisée. Le malade n'a jamais uriné par le rectum.

Le malade sort complètement guéri le 13 janvier.

Observation IV (*personnelle*),

Recueillie dans le service de M. Marion.

Abcès de la prostate. — Incision rectale. — Guérison en 10 jours.

G. E. âgé de 19 ans, imprimeur, entre à Lariboisière, salle Civiale, le 24 février 1909.

Il vient à l'hôpital pour une orchite blennorragique double apparue au cours d'une uréthrite aigüe datant de trois semaines, température peu élevée 37°6 ; pas de troubles de la défécation : pas de douleurs à la miction : il urine seulement un peu plus fréquemment que de coutume.

Le toucher rectal est pratiqué bien que rien n'ait attiré l'attention du côté de la prostate : celle-ci peu douloureuse à la pression est uniformément augmentée de volume, de consistance dure partout égale.

Cet état reste stationnaire jusqu'au 6 mars ; la fièvre oscille entre 37 et 38°. La prostate augmentant de volume, et présentant une consistance rénitente bien que sans fluctuation vraie, l'opération est décidée.

Incision rectale donne issue à du sang : on ne reconnaît pas la présence de pus. Lavage de la cavité. Un lavement matin et soir les jours suivants.

La température baisse progressivement : à partir du quatrième jour après l'opération, elle reste à 37°.

Suites opératoires excellentes : le malade sort complètement guéri le 15 mars.

Observation V (*personnelle*)

recueillie dans le service de M. Marion.

Abcès de la prostate faisant saillie dans le rectum. — Ouverture par cette voie. — Guérison en trois jours.

G. M. âgé de 17 ans, entre salle Civiale lit n° 7 le 3 avril 1909, pour dysurie accompagnée de douleur périnéale.

C'est au cours d'une blennorragie traitée par des injections que l'affection a débuté. D'abord le malade a ressenti des douleurs au niveau de l'anus, avec envies fréquentes d'aller à la selle ; bientôt celles-ci furent remplacées par une constipation opiniâtre accompagnée de difficultés de la miction ; déformation du jet.

Le toucher rectal fait sentir une prostate dure, douloureuse, peu grosse, en même temps que le massage fait sourdre du pus au méat. La température est à 38°.

Les jours suivants, malgré le massage, la fièvre augmente ; les douleurs s'accroissent, la dysurie s'accentue, et le toucher rectal montre une prostate énorme bombant dans le rectum, douloureuse, rénitente ; on décide l'opération.

Le 8 avril, anesthésie générale au chlorure d'éthyle ; dilatation, lavage du rectum, valve ; incision de la muqueuse sur

la ligne médiane, allant jusqu'à l'abcès ; le doigt entre dans la loge prostatique, détruit les cloisons séparant les diverses cavités de l'abcès. Lavage.

Suites opératoires excellentes : chute immédiate de la fièvre. le malade urine normalement, expulse du pus par le rectum pendant trois jours.

Le 11 avril, le malade sort guéri.

Observation VI (*inédite*),

Recueillie dans le service de M. Marion.

Due à l'obligeance de notre collègue et ami Perineau.

Abcès de la prostate faisant saillie dans le rectum ; incision rectale fistule uréthro-rectale temporaire. — Guérison en douze jours.

M. X..., 25 ans, entre le 3 avril 1909 à Lariboisière, salle Rabelais pour orchite blennorragique.

Première blennorragie en février 1906 ; nouvelle infection en octobre 1906 durant jusqu'au mois d'août 1907. En avril 1908, rechute qui n'est pas encore guérie actuellement.

L'orchite ne semblait pas en voie d'augmentation, quand subitement le malade est pris de rétention aigüe d'urine dans la nuit du 15 au 16 avril.

Le 16 avril, passage salle Civiale ; la température est à 39°, les douleurs peu accentuées ; la rétention complète sans que le malade ressente le besoin d'uriner ; la vessie remonte à l'ombilic ; au toucher, prostate très volumineuse rénitente.

Intervention immédiate, anesthésie générale au chlorure d'éthyle ; dilatation anale au dilatateur de Trélat ; valve en haut et en bas ; incision de la muqueuse rectale au niveau de l'abcès sur la ligne médiane ; il ne sort pas de pus. Le doigt est introduit alors par effraction dans la loge prostatique : à ce moment le pus qui ne sortait pas les jours précédents par l'urèthre fait irruption par le méat, en même

temps qu'une quantité assez notable s'échappe par le rectum.

Au moment où l'on retire le doigt, l'urine de la vessie s'écoule par l'incision rectale. Lavage.

Suites opératoires. — Le jour même le malade urine par le rectum, sans ressentir le besoin d'uriner, comme avant l'incision.

Le 17 avril, il ressent le besoin d'uriner, mais l'urine de la miction s'échappe complètement par le rectum à travers la brèche uréthrale.

22 avril : Le malade commence à uriner en partie par l'urèthre, partie par le rectum.

24 avril : La température continuant, on examine l'orchi-épididymite ; elle a suppuré : l'épididyme est devenu un vaste abcès : incision large en haut et en bas ; drain en tunnel. Chose importante on trouve dans le pus de l'abcès du gonocoque presque pur. A la suite chute de température.

26 avril, le malade urine complètement par l'urèthre ; l'écoulement de pus par le rectum est presque tari.

28 avril, l'abcès est complètement guéri.

Observation VII (*inédite*),

Recueillie dans le service de M. Chaput.

Abcès de la prostate. — Incision rectale. — Guérison rapide.

Due à l'obligeance de notre collègue et ami Burcker.

L. P., 25 ans, entre à Lariboisière, salle Nélaton, le 5 mars 1909 pour douleurs périnéales et rétention d'urine.

Antécédents : Blennorragie, il y a six mois, traitée six semaines après son début par des injections de permanganate ; quinze jours après, l'écoulement avait disparu.

Vers le 15 février, le malade a commencé à ressentir des douleurs lancinantes au niveau du périnée, douleurs qui depuis ont été en augmentant. Le 4 mars, les mictions devinrent très difficiles.

A son entrée : rétention complète ; constipation, évacuation d'un peu de pus par l'urèthre, à la suite d'un sondage. Le palper éveille une douleur vive au niveau du périnée.

Au toucher rectal : prostate tuméfiée, assez grosse, dure, surtout au niveau du lobe gauche, extrêmement sensible au doigt, la température est de 38° ; la langue sèche, constipation.

Le 12 mars : on sent au toucher rectal, dans le lobe gauche une masse fluctuante, de la grosseur d'une mandarine, très douloureuse à une pression légère.

Intervention par la voie rectale.

Rachistovaïnisation (4 centigr.). Dilatation anale au spéculum qui est maintenu en place pour permettre l'incision à l'aide d'un bistouri enveloppé d'une compresse qui ne laisse dépasser qu'un demi-centimètre de pointe.

Evacuation d'environ 30 gr. de pus verdâtre.

Le soir la température monte à 39°. Le 13 mars, lendemain de l'opération, elle est de 38° ; au toucher : prostate de grosseur normale, à peine sensible, il s'écoule encore un peu de pus. Le malade urine seul sans douleur ; il n'y a plus d'écoulement uréthral.

Le 14 mars, la température est à 37°,1. Le toucher n'éveille de douleur qu'au niveau de l'incision : pas d'écoulement de pus.

Le 15 mars, température normale ; pas de douleur périnéale ni rectale. La miction et la défécation sont faciles.

Observation VIII (*inédite*)

Due à l'obligeance de M. le Dr Oraison

Abcès de la prostate avec périprostatite.— Incision par le rectum.— Guérison très rapide.

Malade âgé de 42 ans, entre à l'hopital en septembre 1908. Il est au deuxième mois de sa seconde blennorragie avec

légère goutte persistante, malgré de grands lavages uréthro-vésicaux au permanganate de potasse.

Dix jours avant son entrée, il avait ressenti les premiers symptômes de sa prostatite à la suite d'un coup de froid. Il est probable qu'il était porteur auparavant d'une prostatite chronique.

Quoi qu'il en soit, il présentait, au premier examen, une prostate volumineuse dans son ensemble, très sensible, presque fluctuante avec péri-prostatite accentuée et phénomènes généraux sérieux (fièvre élevée, inappétence, amaigrissement, dysurie légère).

Le lendemain il fut incisé [suivant le manuel opératoire de Routier, de chaque côté de la ligne médiane. Le doigt introduit dans les incisions unifia les foyers et l'opération se termina par un drainage au moyen de deux drains en caoutchouc sortant par l'anus. Le malade fut constipé pendant six jours au bout desquels il fut purgé et les drains enlevés. La guérison fut rapide puisque le onzième jour (le malade se levait depuis le septième) le toucher rectal permit de constater la fermeture complète des incisions.

Le malade revu en janvier 1909 est resté guéri ; il ne persistait ni suintement uréthral, ni filaments.

Observation IX (*inédite*)

Due à l'obligeance de M. le Dr Routier.

Abcès de la prostate. — Incision rectale. — Guérison en dix jours.

S. L. 27 ans, entre à l'hôpital Necker le 5 février 1900. Blennorragie depuis quatre ans, avec début de cystite, traitée et guérie par les lavages.

Il y a quinze jours les mictions deviennent douloureuses ; les symptômes constatés font penser à la cystite tubercu-

leuse, mais la prostate est irrégulière et pointe surtout à gauche. Le 11 février, M. Routier porte le diagnostic ferme d'abcès de la prostate.

Le 13 février, anesthésie, dilatation anale, lavage du rectum : incision de l'abcès par le rectum en s'aidant d'une valve. Issue de pus bien lié (plus d'une cuillerée à bouche); lavage de l'abcès : mèche dans la cavité,

Le 16, garde-robes naturelles et chute de la mèche.

Le 23, le malade est parfaitement guéri : il sort le 26.

Observation X (*inédite*).

Due à l'obligeance de M. le Dr Routier.

Abcès de la prostate incisé par le rectum.— Guérison en huit jours.

J. F. 23 ans, entre à Necker le 18 juillet 1900, pour douleurs au périnée. Blennorragie il y a quarante jours suivie de cystite vingt jours après. Depuis quinze jours douleurs périnéales très augmentées par la défécation.

Prostate irrégulière, très grosse, surtout à droite et en haut vers l'implantation de la vésicule.

Le 23 juillet, anesthésie, dilatation, lavage du rectum, ouverture de l'abcès à travers la paroi rectale : lavage de la cavité ; mèche.

Le 26 juillet, le malade va à la selle spontanément et expulse la mèche.

Le 30, il sort guéri.

Observation XI (*inédite*)

Due à l'obligeance de M. le Dr Routier

Abcès de la prostate. Incision rectale . Guérison en quinze jours.

E. M. 27 ans, blennorragie qui d'après les dires du malade, aurait disparu il y a quinze jours. Il y a douze jours,

le malade a éprouvé des difficultés de la miction ; il a même eu deux fois une rétention complète ; c'est ce qui le détermine à venir à l'hôpital.

Examen : la blennorragie persiste ; une sonde n° 20 est passée facilement. Le lobe droit de la prostate est gros, dur, douloureux. La température est 38° 6.

Le 15 décembre : dilatation de l'anus, lavage : ouverture d'un gros abcès à travers la paroi rectale. Lavage de la cavité ; méches de gaze stérilisée.

Le 19, le malade expulse les mèches en allant à la selle.

Le 27, il sort guéri.

Revu le 25 mai 1903 : tuberculose de l'épididyme et de la vésicule séminale gauche, rien à la prostate.

Observation XII (*inédite*)

Due à l'obligeance de M. le Dr Routier.

Abcès de la prostate ; incision rectale ; guérison en 20 jours.

G. R. 23 ans, entre le 26 décembre 1900. Blennorragie depuis les premiers jours de novembre, rétention d'urine pour laquelle le malade vient à l'hôpital.

On le sonde facilement avec un n° 20 la température est : 38° 5

Prostate grosse, pointe surtout à droite où l'on constate une fluctuation nette.

Le 29 décembre, dilatation anale, incision rectale : issue d'un demi-verre de pus. Pendant ces manœuvres, il sort du pus par le méat en assez grande quantité ; on peut l'évaluer à un demi-verre à bordeaux environ.

Le 2 janvier, garde-robes naturelles ; la température est 37°.

Le 8 janvier, les mictions sont plus faciles : quelques-

unes sont suivies de l'expulsion de quelques gouttes de sang.

Le 14, l'incision rectale est guérie ; la prostate reste un peu molle. Les mictions sont faciles.

Le 19, exeat.

Observation XIII (*inédite*).

Due à l'obligeance de M. le Dr Routier.

Abcès de la prostate. — Incision rectale. Guérison en sept jours.

B. R. 41 ans, entre à Necker le 12 juin 1907. Depuis trois semaines, le malade a dû être sondé à cause d'une rétention d'urine.

A son entrée, la sonde n° 20 passe facilement : urines claires, mais au toucher la prostate forme une masse dure, fluctuante, allongée vers la vésicule gauche.

Le 15 juin anesthésie, dilatation anale: la paroi postérieure du rectum, étant refoulée par une valve. M. Routier incise l'abcès : écoulement d'un demi-verre de pus ; lavage de la cavité ; mèches de gaze.

Le 18 juin, en allant à la selle, le malade expulse des mèches.

Le 22, l'état est parfait, la cicatrisation complète, le malade quitte l'hôpital.

Observation XIV.

(Routier in *Presse médicale*, 14 février 1900).

Abcès de la prostate. — Etiologie obscure. — Incision rectale. — Guérison rapide.

Malade de 34 ans, n'ayant, dit-il, jamais eu de lésions de

l'urèthre, ni blennorragie aigüe, ni goutte suspecte, chez lequel la miction avait toujours été normale.

Le 24 octobre 1899, au sortir d'une soirée passée dans un café concert, il fut pris brusquement de rétention d'urine complète. Il rentra chez lui où il fut pris de frissons, se sentit mal à l'aise, puis après de nouveaux efforts, il rendit à grand-peine quelques gouttes d'urine dans la nuit et resta dans cet état jusqu'au 30, urinant quelques gouttes tous les quarts d'heure.

Le 30, il se présenta à la consultation : la vessie était pleine, saillante ; il urinait par regorgement, l'urine laissait déposer du pus au fond du vase. En dehors de la miction, le canal était sec, le méat n'était pas enflammé.

Il se plaignait de douleur au fondement, de tenesme rectal : au toucher, la prostate était douloureuse, tuméfiée et on sentait deux saillies latérales formées par les deux lobes gonflés et tendus ; pendant cet examen la pression sur les lobes prostatiques n'amenait aucun suintement par le canal de l'urèthre.

Le malade avait en outre de la fièvre : 38°, 4 ; il était anxieux, marchait avec peine et s'asseyait difficilement.

Le malade purgé la veille fut opéré le 2 novembre ; incision rectale des deux abcès prostatiques.

Il sortit parfaitement guéri le 10 novembre.

Observation XV.

Routier, *loc. cit.*

Malade de 42 ans, d'une bonne santé antérieure, n'ayant jamais eu de blennorragie ; il a dû depuis peu de temps faire le métier pénible de déménageur qui le fatigua beaucoup. Il commença par sentir de vraies brûlures pendant la miction

puis fut pris vers la fin d'octobre, de rétention d'urine et eut quelques frissons. Il alla à St-Louis où on le sonda deux fois par jour, puis la miction se rétablit ; mais il urinait alors toutes les deux heures environ. C'est à cause de la fréquence des mictions, indolentes du reste qu'il nous fut adressé.

Le malade est apyrétique, ne souffre pas ; le toucher rectal fit découvrir un abcès du lobe droit.

Incision rectale le 6 novembre.

Guéri le 15, le malade quittait le service le 17 novembre.

Observation XVI (*personnelle*).

Recueillie dans le service de M. Marion.

Abcès ouvert accidentellement dans le rectum. — Guérison rapide.

D. J. 49 ans, plombier, entre à Lariboisière salle Civiale, le 27 juillet 1908 pour difficultés et douleurs de la miction.

Il souffre en urinant depuis trois semaines environ, est obligé de faire des efforts prolongés avant d'émettre des urines en très petite quantité.

Une seule blennorragie à 21 ans. A son entrée, prostate sensible, de consistance molle. Sous l'influence du toucher, un abcès s'ouvre dans le rectum : écoulement abondant de sang et de pus.

Le malade sort guéri le 3 août.

Observation XVII (*inédite*).

Abcès de la prostate ouvert spontanément dans le rectum. — Guérison

B. A. employé de commerce, âgé de 33 ans entre le 16 janvier 1908 salle Civiale à Lariboisière pour un abcès de la prostate déjà ouvert spontanément dans le rectum. Guérison rapide.

Observation XVIII

(Routier, *in* thèse Lafont).

B. ajusteur, 40 ans reçu salle Civiale le 24 octobre 1894. 1re blennorragie à 20 ans a duré un mois. Il y a 3 semaines poussée d'uréthrite, traitée par les tisanes et le copahu ; puis il y a huit jours trois injections qui provoquent des douleurs au périnée ; ces douleurs l'amènent à la consultation. A son entrée, aucun trouble de la miction ni de la défécation ; goutte de pus au méat. Le toucher rectal montre une prostate asymétrique, présentant un lobe gauche très gros et très douloureux.

Le 29 octobre, le malade descend lui-même au pavillon Nélaton.

Anesthésie. Après dilatation anale au spéculum Trélat, la tumeur prostatique a disparu. M. Routier ponctionne dans le lobe gauche, très profondément, puis incise largement. Il s'écoule une cuillerée de pus vert phlegmoneux ; le doigt explore une caverne de la grosseur d'une noix. La cavité est lavée et bourrée à la gaze iodoformée. Le lobe droit a conservé sa souplesse normale et n'est pas ponctionné. Les suites opératoires sont des plus simples.

Le 30. Le malade va parfaitement. Le 3 novembre on retire les mèches et le 7 il part entièrement guéri.

Observation XIX.

Routier, *in* thèse Lafont.

R. Victor, 46 ans, entre à Civiale le 21 décembre 1894, porteur d'une blennorragie depuis trois semaines. Il y a quinze jours, il a ressenti une violente douleur au fondement, de la

difficulté à uriner pendant les premiers jours, et des douleurs intolérables quand il fait le moindre effort.

Il entre surtout pour la miction, difficile et pénible. La douleur s'est beaucoup apaisée ; au toucher, léger œdème de la muqueuse en avant de la prostate dont le lobe gauche paraît gros, plus douloureux.

Le 24, anesthésie, on ne sent plus rien et sans les antécédents très nets qui font affirmer l'abcès, on hésiterait à intervenir.

Position latérale. Valve de Sims. Incision du lobe gauche. Il s'écoule un demi-verre de pus épais, phlegmoneux. Le doigt explore une large cavité prostatique. Lavage aseptique et tampon iodoformé.

Le 27, Le malade n'a plus souffert; il a eu des selles abondantes.

Le 28. Ablation de la mèche ; le malade se lève et part le 2 janvier complètement guéri.

Observation XX.

Routier, *in* thèse Lafont.

Louis D. serrurier, âgé de 22 ans, est reçu à Civiale le 30 janvier 1895. Une blennorragie datant de un mois et demi a été traitée par des injections d'eau blanche tout à fait dès le début. Il y a trois jours, il éprouve une violente douleur au fondement quand il tousse ou fait effort.

Rétention d'urine complète qui cède sans sonde ; à l'exploration le canal est libre, au toucher la prostate très dure, irrégulière ; un point semble liquide mais très tendu. Le diagnostic d'abcès est porté.

Le 2 février, anesthésie, spéculum de Trélat, position latérale, ouverture de l'abcès, issue de plusieurs cuillerées de pus de bonne nature, irrigation, gaze iodoformée.

Le 4 février, ablation des mèches.

Le 8, à sa sortie, on sent un point culminant à la prostate, mais pas de douleur. L'ouverture de l'abcès est du reste entièrement cicatrisée.

Observation XXI

Routier *in* thèse Lafont.

C. Forgeron, 40 ans, entre salle Civiale le 6 mars 1895. Deux blennorragies, syphilis il y a 3 ans. Depuis un mois mictions douloureuses, plus fréquentes (toutes les 5 ou 6 minutes). Les douleurs vives qu'il ressent actuellement à l'anus, sa constipation opiniâtre, remontent à huit jours. Le malade va à l'hôpital du Midi où l'on dit blennorragie.

A son arrivée, le toucher rectal est excessivement douloureux ; on sent un noyau comme une noix au niveau de la prostate. Quand M. Routier l'examine, l'abcès s'est déjà ouvert dans l'urèthre ; et la pression du doigt sur la prostate fait sourdre du pus au méat.

Le 14 mars. Anesthésie : l'abcès se vidant mal et le malade souffrant, on incise largement par la voie rectale. Il s'écoule un peu de sang et quelques gouttes de pus, on dilate en même temps une fissure anale. Lavage, tamponnement.

Le 17. Ablation de la mèche. L'écoulement de pus par l'urèthre s'est tari. Au toucher, l'empâtement constaté autour de la prostate le jour de l'intervention a disparu et les douleurs ont cessé. A quitté le service le 22 mars en parfait état.

Observation XXII

Routier, *in* thèse Lafont.

Louis P., bijoutier, 36 ans, entre à Civiale le 16 juin 1894. 1re blennorragie à 26 ans ; depuis goutte permanente.

Le 6 juin. Accès de fièvre. La température monte à 38°8. Miction difficile, douloureuse.

Le 14 juin. Nouveau frisson et température 39° 8. Rétention d'urine pour laquelle il est sondé en ville ; un peu de sang à la suite.

Le 15. Nouveau frisson, température 40°. Urines troubles ammoniacales. A son entrée, langue sale, constipation depuis plusieurs jours. Le malade est purgé : on le sonde facilement. Au toucher, on diagnostique un abcès dans le lobe droit de la prostate.

Le 19. Anesthésie. Decubitus latéral. Incision de 2 centim., suivant l'axe du rectum dans le lobe droit. Un flot de pus phlegmoneux s'écoule. Vaste cavité lavée. On constate alors le doigt dans la cavité que le second lobe donne la sensation de rénitence. Une seconde incision parallèle à la première est faite dans le lobe gauche et nouveau flot de pus. — Lavage de la cavité, nettement séparée de la précédente par un septum mince, mais résistant. Une mèche iodoformée dans chacune des deux cavités.

Le 22 juin. Hier soir, élévation de température 40°,6 et un violent frisson. Cet incident est survenu à la suite d'une vive discussion. Les jours suivants, le malade demande à partir ; on le garde jusqu'au 27 où il quitte le service en bonne santé.

Observation XXIII

Routier, *in* thèse Lafont.

Paul L., 35 ans, entre à Civiale, le 16 juillet 1894. Deux blennorragies antérieures, la première à 21 ans, la deuxième à 22 ans qui ont parfaitement guéri. Il y a six semaines, nouvelle blennorragie qui est arrêtée d'abord par des lavages, puis est revenue depuis huit jours. Depuis trois semaines, douleurs dans la région du rectum, comme s'il avait,

dit-il, une grosseur. Il n'a pas de difficulté pour la défécation, mais éprouve des élancements. Au toucher, l'abcès prostatique est certain.

Le 18 juillet. L'abcès est moins apparent qu'au précédent examen. Manuel opératoire habituel : incision rectale suivant l'axe sur la ligne médiane ; issue d'un verre de pus phlegmoneux. Lavage. On s'aperçoit que le malade saigne. Une pince à forcipressure qu'on entoure de gaze iodoformée est mise à demeure. Tamponnement de la cavité de l'abcès.

Le 19, on retire la pince.

Le 20, le malade rend spontanément le tampon rectal.

Le 22, il sort sur sa demande, l'abcès est guéri ; mais la prostate reste grosse et rénitente. Il ne souffre plus du tout.

Observation XXIV

Routier, *in* thèse Lafont.

P. mécanicien, 54 ans, entré le 3 juillet 1895, porteur d'une blennorragie, la première, dont le début remonte à six semaines, caractérisée par un écoulement très abondant. Au déclin de la maladie, fièvre intense, sensation de pesanteur dans la région périnéale ; difficulté pour aller à la selle et pour uriner.

A son entrée, difficulté extrême pour uriner ; on est obligé de le sonder. Le toucher rectal permet de porter quelques jours après, le diagnostic d'abcès de la prostate. Le grand nombre d'opérations font ajourner l'opération.

Le 10, Douleurs moins vives : fluctuation des plus nettes.

Le 11. L'abcès s'ouvre spontanément dans le canal ; la pression sur la prostate fait sourdre du pus bien lié, verdâtre.

Le 12. Incision rectale. Grande quantité de pus, lavage et tamponnement. Le lendemain, rétention d'urine et éléva-

tion de température à 38°8. On sonde le malade ; la température tombe rapidement.

Le *17 juillet*, les urines sont claires, l'écoulement par l'urèthre a cessé ; le malade s'alimente bien et se trouve en voie de guérison.

Observation XXV.

Routier, *in* Thèse Lafont.

Rétrécissement masquant un abcès de la prostate.

Jouvin L..,ciseleur, 41 ans, reçu le 18 mars 1895 à Civiale. Première blennorragie à 19 ans, qui dura quatre semaines et guérit très bien. Vers 30 ans, bubon ulcéré à l'aîne dont la guérison fut assez longue.

Il y a 4 mois, nouvelle blennorragie qui a coulé pendant trois mois ; le mois dernier, les mictions deviennent douloureuses.—Copahu, opiat, lavages au sulfate de zinc ne procurent aucun soulagement. Le jet diminue rapidement de volume et depuis huit jours, l'urine est expulsée goutte à goutte ; mictions tous les quarts d'heure le jour comme la nuit. Reçu dans le service pour un rétrécissement, mictions très douloureuses ; élancements au périnée qui s'irradient surtout à gauche de l'anus, et sur lesquels il n'attire pas tout d'abord l'attention.

A l'examen, une sonde à boule exploratrice n° 20 est arrêtée à 12 cm. et sent des brides dans la région pénienne ; les n^{os} 18, 16, 14, 12, ne sentent plus les brides mais sont également arrêtés. Le n° 11 passe facilement. Le toucher rectal n'est pas pratiqué, on dilate le retrécissement progressivement, mais le 24 mars. à la suite d'une rétention d'urine et de phénomènes de plus en plus douloureux, l'attention est attirée du côté de la prostate, et au toucher, l'abcès prostatique occupant le lobe gauche est diagnostiqué.

Le 25 mars. Anesthésie, spéculum Trélat, incision rectale de 2 cm. Issue d'un flot de pus fétide. Lavage de la cavité qui est anfractueuse. Tamponnement à la gaze iodoformée. Le lendemain, amélioration générale telle que le malade demande s'il pourra bientôt s'en aller.

Trois jours après l'intervention, on retire le tampon. Grand lavement et sulfate de magnésie, le malade étant constipé.

Le 29 mars. Le malade s'aperçoit que l'urine sort par le rectum quand il va au cabinet. Les lavages vésicaux à l'eau boriquée confirment l'existence d'une fistule recto-uréthrale.

Les jours suivants, la fistule est traitée par une large incision périnéale et guérit rapidement. Le malade n'avait eu de température à aucun moment. Plusieurs autres fistules scrotales font rester le malade dans le service pendant deux mois.

Observation XXVI

Blanquinque. Observation VIII

Abcès de la prostate survenu au cours d'une blennorragie. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Ecoulement du pus mal assuré. — Phlegmon périprostatique par diffusion. — Incision par le rectum. — Le soir même ouverture spontanée dans l'urèthre. — Fièvre avec exacerbation accusée le soir pendant dix-huit jours. — Incontinence passagère. Guérison.

Legouaille Pierre, 25 ans, entre le 8 octobre 1879 à Necker. Deux blennorragies, la dernière dure encore. Abcès de la prostate ouvert spontanément dans le rectum il y a deux jours.

La prostate reste grosse et fluctuante, puis il se produit de la diffusion péri-prostatique. M. Guyon pratique l'incision par le rectum le 21 octobre. Issue abondante de pus.

Dans la soirée l'abcès s'ouvre dans l'urèthre pendant un effort de défécation.

L'écoulement de pus par le rectum cesse au bout de six jours ; l'écoulement de pus par l'urèthre se prolonge jusque vers le 7 novembre. Incontinence d'urine pendant quelques jours. Sort guéri le 21 novembre.

Observation XXVII

Blanquinque. Observation XI.

(Dransart, Progrès méd. 1873).

Rétrécissement de l'urèthre. — Uréthrotomie externe sans conducteur. Abcès de la prostate. — Incision par le rectum avec l'ongle. — Ouverture spontanée dans le péritoine.

Bellon Robert, 36 ans, entre le 21 juillet 1872 dans le service de M. Desprès, à Cochin. Rétention d'urine. Rétrécissement de l'urèthre. Abcès urineux uréthrotomie externe sans conducteur le 1er août. Sonde à demeure. Le 2 août ouverture d'un abcès de la prostate avec l'ongle. Mort le soir. Autopsie. Péritonite généralisée. Ouverture faisant communiquer le cul-de-sac rétro-vésical avec le foyer prostatique.

Observation XXVIII.

in Blanquinque.

Abcès de la prostate incisé par le rectum. — Guérison rapide.

C. garçon marchand de vin, 22 ans, entre le 30 nov. 1900 salle Civiale n° 11, dans le service de M. Routier à Necker.

Blennorragie il y a deux mois, non soignée et persistant encore.

Il y a huit jours, le malade a ressenti à l'anus des dou-

leurs très vives pendant la marche et la station assise. Constipation opiniâtre.

Ecoulement par l'urèthre. Température 37°5 à l'entrée. 38°1 le soir. Pouls 100.

Au toucher rectal : augmentation de volume de la prostate. Point fluctuant au niveau du lobe gauche, la pression fait sourdre une petite quantité de pus par l'urèthre et on n'y arrive qu'avec difficulté.

Le 4 décembre, incision de l'abcès par le rectum. Le malade est endormi au bromure d'éthyle et couché sur le côté. Incision d'un foyer très vaste, anfractueux. Lavage du foyer ; introduction de deux mèches stérilisées.

Le 7 décembre, le malade va à la selle et rend les mèches spontanément.

Le 9 décembre, il se lève, au toucher rectal, on sent la plaie à demi-cicatrisée formant une simple rainure à contours souples.

Le malade sort guéri le 11 décembre.

Observation XXIX.

in Blanquinque

D. Jules 57 ans, charpentier. Entre le 9 août 1900 salle Civiale n° 6.

Blennorragies multiples ; depuis 3 à 4 ans il urine mal, fréquence des mictions la nuit, jet faible.

Depuis 5 jours, la miction est devenue de plus en plus difficile, et la rétention est complète actuellement. Vessie distendue, on met une sonde à demeure.

Toucher rectal : prostate volumineuse. Le lobe gauche est plus saillant, mou, dépressible.

Le 11 août 1900, incision rectale. Issue d'une quantité

de pus assez abondante. Pansement à la gaze stérilisée. Cessation des symptômes fonctionnels.

Le 15 août, le malade va à la selle et rend ses mèches.

Le 18 août, il se lève. On ne sent presque plus la trace de l'incision. La prostate est encore grosse mais souple.

Le malade sort guéri le 22 août.

Observation XXX

In Blanquinque.

C. Louis typographe 35 ans, entre le 12 septembre 1900, salle Civiale n° 15 à Necker, service de M. Routier.

1re Blennorragie il y a 10 ans ; 2e il y a un mois; la blennorragie allait mieux quand le malade se livra à des excès de coït.

Etat actuel : dysurie, puis rétention. Douleur anale avec élancements. Le malade est soumis à des cathétérismes répétés qui sont très douloureux. Grand frisson.

Le 14 septembre, température 39, pouls 108.

Toucher-rectal : prostate volumineuse ramollie à droite et au centre.

Le 15 septembre, incision rectale de l'abcès ; il est très vaste, très anfractueux. On effondre plusieurs foyers avec le doigt. Soulagement immédiat.

Le 19, le malade va à la selle, rend ses mèches, la rétenon a disparu.

Le 22, le malade ne présente plus au toucher qu'une petite rainure insignifiante, la prostate est souple. Le malade quitte l'hôpital.

Observation XXXI

In Segond (résumée).

Abcès de la prostate consécutif à des excès de boissons chez un jeune homme de 28 ans, atteint de blennorragie. — Incision par le rectum. Guérison en 20 jours.

Pous Jean, 26 ans, entré le 27 mars à Necker, salle St-Vincent.

Blennorragie en 1874 ; l'écoulement s'est arrêté au bout d'un mois, puis un mois après, a reparu pendant quinze jours.

Il y a huit jours, à la suite d'un excès de boisson, frisson assez violent, et miction très difficile.

Aucune amélioration par repos, diurétiques et bains.

A son entrée, tuméfaction asse considérable de la prostate : lobe droit particulièrement douloureux ; envies d'uriner fréquentes (50 fois par jour) et urine goutte à goutte. Avec une extrême douceur, M. Guyon arrive à pénétrer dans la vessie à l'aide d'une sonde bicoudée.

Le 29 mars, cathétérisme est pratiqué assez difficilement à l'aide d'uue sonde à grande courbure.

Le 30 mars, il urine seul, et rend un peu de pus avec le premier jet d'urine.

Le 31 mars, la rétention réapparaît et nécessite le cathétérisme.

Le 5 avril : point nettement fluctuant au niveau du lobe gauche. M. Guyon incise l'abcès par le rectum et donne issue à une quantité notable de pus. Le malade sort guéri le 17 avril.

Observation XXXII (*résumée*)

in Segond.

Prostatite phlegmoneuse chez un homme de 23 ans, mal guéri d'une blennorragie antérieure.— *Incision par le rectum.*— Trois jours après ouverture spontanée dans l'urèthre.— *Guérison de l'abcès en un mois et demi.*— A cette époque persistance d'une incontinence légère survenue dans les derniers jours du traitement.

Heuchel Léon, 27 ans, entre à Necker le 7 août 1873.— Blennorragie il y a quatre ans, mal guérie.

Depuis trois mois pesanteurs périnéales et fréquence des mictions. Phénomènes de rétention.

Toucher rectal : plaque phlegmoneuse effacant les limites de la glande.

Le 9 août, point ramolli vers la région gauche de la plaque phlegmoneuse. M. Guyon incise le foyer par le rectum. Issue de 100 gr. de pus environ ; soulagement immédiat.

Le 12 août, une quantité considérable de pus sort par l'urèthre. Cet écoulement persiste jusqu'au 10 septembre, mais jamais l'urine ne s'est écoulée par le rectum. Le malade sort guéri le 22 septembre, un mois et demi après son entrée.

Observation XXXIII (*résumée*)

in Segond.

Abcès péri-prostatique chez un homme de 45 ans atteint de rétrécissement de l'urèthre. — Hémorragie très grave à la suite de l'incision pratiquée par le rectum. — Guérison quinze jours après l'incision.

Dervallet, 45 ans, entre à Necker le 2 mai 1873. Rétrécissement très dur : uréthrotomie le 19 mai, sort le 15 juin : revient le 8 août, miction difficile, mais non douloureuse. Au toucher : induration douloureuse sans battements, allant

du côté droit de la prostate jusqu'à la paroi du petit bassin (lavages émollients).

Le 7 août, l'empâtement se ramollit, la miction est devenue douloureuse : l'empâtement s'étend et gagne le sacrum I e 11 août, l'induration gagne la fosse ischio-rectale ; elle se ramollit nettement le 13 août.

Le 14 août, incision du foyer phlegmoneux par le rectum. Quelques instants après en allant à la selle, le malade rend beaucoup de sang (glace dans le rectum). L'hémorragie continue, devient très abondante, on finit par l'arrêter par le tamponnement.

Le 15, l'hémorragie ne s'est pas reproduite ; le malade souffre peu ; le 18, il a rendu son tampon hier soir en allant à la selle. Pas de fièvre ; miction facile et non douloureuse, amélioration marquée.

Le 19 août, il a rendu beaucoup de pus hier en allant à la selle ; pas trace de sang. Miction et défécation indolentes.

Le 27 août, l'empâtement péri-prostatique a disparu, un peu d'induration sur le côté droit de la prostate.

Sort guéri le 1er septembre.

Observation XXXIV (*résumée*).

in Segond.

Rétrécissement de l'urèthre chez un homme de 30 ans. — Uréthrotomie interne. — Suppuration péri-prostatique consécutive. — Incision de la collection purulente par le rectum. — Guérison en quinze jours.

Pamponneau Alfred, 30 ans, entre à Necker le 17 mars 1879. Deux blennorragies. Rétrécissements multiples. Uréthrotomie interne le 26 mars. Quelques jours après, abcès de la prostate.

Le 3 avril, M. Guyon incise l'abcès par le rectum et donne issue à une quantité notable de pus.

Le 8 avril, la prostate est affaissée ; les selles ne contiennent plus de pus.

Le 16 avril, guérison complète. Exeat.

Observation XXXV (*résumée*).

Desprès *in* Segond.

Hypertrophie de la prostate. — Abcès : Incision par le rectum à l'aide de l'ongle de l'index. — Guérison.

Seguier 62 ans, entre à Cochin le 21 mai 1879. Rétrécissement de l'urèthre ; hypertrophie prostatique.

Le 24 mai, ouverture d'un abcès de la prostate avec l'ongle, issue d'une petite quantité de pus. Soulagement immédiat. Le 1er juin : on sent au toucher rectal, une dépression en cul-de-poule au point incisé. La pression à ce niveau n'est plus douloureuse.

Le malade quitte l'hôpital.

Observation XXXVI

Desnos *in* Thèse Minet.

Abcès prostatique. — Incision rectale. — Abcès rétro-vésical. — Septicémie. — Mort.

D... 42 ans, pharmacien. Antécédents, multiples blennorragies. Débuts. Il y a quelques jours, début de blennorragie pour laquelle il essaie lui-même les grands lavages uréthro-vésicaux. — Mais il survient des signes de cystite avec hématurie et apparition de fièvre.

Etat actuel (4 avril 1899). — Le malade a eu hier un frisson. Aujourd'hui, 39°,8.

La miction est très douloureuse, mais non fréquente.

La défécation est très douloureuse aussi, avec ténesme rectal.

Au toucher rectal, prostate très douloureuse, de la grosseur d'une mandarine, présentant au centre un point dépressible, évidemment ramolli. Pas de battements artériels, on n'arrive pas à explorer plus haut.

Le malade refusant d'être transporté dans une maison de santé et les conditions matérielles dans lesquelles il se trouve rendant une opération périnéale impossible, M. Desnos incise la collection par le rectum, en protégeant le tranchant du bistouri avec une boule de diachylon. Issue d'un flot de pus.

Le 5, la température est restée à 39°,8. Cependant la miction et la défécation sont devenues plus faciles et les urines sont à peu près claires.

Au toucher rectal, la saillie prostatique s'est effacée, mais la région du bas-fond de la vessie est douloureuse, empâtée, comme bosselée : on continue les irrigations rectales.

Le 6, même état. En outre, douleurs vagues, périnéales et abdominales. Température 39°,7.

Le 7, le malade a eu des frissons répétés ; température 39°7.

Le 9, un frisson ; mauvais état général. Toucher rectal : issue de pus en abondance par la plaie béante du rectum. La région du bas-fond est encore bosselée et très douloureuse.

Le 12, après un jour de fièvre intense, délire, aggravation de l'état général. Mort.

Nous avons relevé sur le registre des opérations du service Civiale, depuis janvier 1908, les quatre observations suivantes :

Observation XXXVII (*inédite*).

L. J. 38 ans, mécanicien, entré à Lariboisière salle Civiale

le 7 janvier 1908, pour un abcès de la prostate.— Incision périnéale le 16 janvier ; sort le 16 février.

Observation XXXVIII (*inédite*).

S. W. Employé de commerce, entre à Lariboisière salle Civiale le 8 mai 1908 pour abcès de la prostate consécutif à une blennorragie, opéré le 16 mai : incision prérectale : grande cavité purulente qui se prolonge en arrière et sur le côté gauche vers le creux ischio-rectal. — Lavage à l'eau oxygénée. tamponnement. Sort le 6 juin.

Observation XXXIX (*inédite*).

L. M. 68 ans, garcon de magasin, entre le 15 mai 1908 à Lariboisière salle Civiale pour un abcès périnéal secondaire à un abcès de la prostate.

Le 19 mai incision périnéale : évacuation d'une collection purulente se prolongeant vers le creux ischio-rectal droit.

Le 20 mai, évacuation de pus par l'urèthre.

Le malade sort le 3 juin.

Observation XL (*inédite*).

F. E. 26 ans entre à Lariboisière salle Civiale le 21 juillet 1908 pour un abcès de la prostate, opéré le 28 juillet.

Incision pré-rectale conduit rapidement sur une vaste collection purulente. Drain ; fermeture des extrémités de la plaie.

Le malade sort le 18 août.

Observation XLI (*inédite*).

Recueillie dans le service de M. Marion.

Due à l'obligeance de mon collègue et ami Perineau

Gros abcès de la prostate à évolution périnéale. — Incision pré-rectale. — Guérison.

R. N. 48 ans, cuisinier, entre le 5 avril salle Civiale, lit 41, pour impossibilité d'uriner et sensation de pesanteur périnéale. Atteint depuis deux mois d'uréthrite à gonocoques, il a remarqué depuis deux jours une diminution du jet d'urine, dans la nuit du 4 avril rétention complète : sondage d'urgence.

Le 5 avril, à son entrée, on sent au toucher rectal une prostate un peu grosse, dure, bosselée, très douloureuse ; le massage fait sourdre un liquide purulent. Pas de fièvre.

Malgré les massages réguliers, les douleurs augmentent de plus en plus, la dysurie s'accroît, et la fièvre apparaît. Le toucher rectal ne fait rien percevoir : l'ampoule rectale est agrandie, allongée en avant, sa face antérieure est dure, cartonnée, très douloureuse, et ne laisse sentir aucune masse prostatique.

Le 17 avril, les douleurs deviennent intolérables sans symptômes physiques plus marqués ; l'après-midi apparition d'une tuméfaction périnéale, aucun changement au toucher rectal.

Intervention d'urgence : incision de dix centimètres au niveau de la tuméfaction ; pas de pus. Le doigt introduit dans la plaie doit aller en haut et en avant vers la prostate, traversant une gangue dure de péri-prostatite pour ouvrir l'abcès très volumineux, Drainage ; mèches.

Le 27 avril, tous les symptômes se sont amendés, la suppuration a diminué peu à peu : la plaie est en bonne voie de cicatrisation.

Observation XLII (*résumée*).

Albarran *in* Compte rendu, onzième session d'urologie.

M. C. 29 ans. Blennorragie il y a six ans avec retours subaigus et goutte matinale habituelle uréthrotomie interne le 18 juin 1906.

Resta neuf jours après l'uréthrotomie parce qu'il avait de la fièvre depuis trois jours (38°, 39°) et parce qu'il urinait du pus. On avait essayé de le sonder sans succès. — Douleurs vives en urinant ; mictions fréquentes (toutes les heures) et le plus souvent purulentes.

Au toucher rectal : masse molle englobant la prostate et les vésicules et se prolongeant en haut derrière la vessie. Avec une sonde molle, on pénètre facilement dans une cavité qui paraît être la vessie d'où l'on retire à peu près 150 centimètres cubes de liquide très fétide. Le lendemain, il rend des urines claires ; la sonde retire encore le même liquide très fétide de la veille. On soupçonne une fausse route que l'on constate en injectant du liquide par la sonde.

Le 29 juin périnéotomie transversale ; ouverture d'une énorme collection prostatique et rétro-vésicale ; on ne retrouve plus de prostate ; elle est complètement détruite. Guérison sans incidents.

Sort de la maison de santé fin juillet.

Revu en octobre complètement guéri.

Observation XLIII (*résumée*).

Albarran, *loc. cit.*

M. H. 46 ans. — A quatorze ans, orchite ourlienne gauche avec atrophie testiculaire.

A 19 ans, première blennorragie guérie normalement. De vingt à trente ans, deux autres blennorragies guéries sans laisser de traces. Cependant la troisième fut suivie d'orchite du testicule atrophié. Guérison apparente complète. Marié à 34 ans. — Pas d'enfants ; mais deux fausses couches de sa femme.

A quarante ans, début des accidents actuels. En novembre 1899, à la suite d'un rapport, léger suintement ; quelques injections mal supportées.

Vers 1901, douleurs sourdes dans la région suspubienne ; M. Albarran diagnostique une prostatite glandulaire et conseille le massage et des lavages. Dès le troisième massage, première crise de prostatite aigüe avec frisson; fièvre, (38° 9) qui cède en deux jours à un traitement antiphlogistique.

En janvier 1902, deuxième crise, à la reprise du traitement, suivie de crises analogues jusqu'en octobre 1903, diminuant d'intensité.

A cette époque, une nouvelle crise moyenne fait décider l'intervention.

Le 29 octobre, prostatotomie, guérison en six semaines, quelques autres crises survinrent depuis septembre 1904 jusqu'en mai 1906.

Observation XLIV (*résumée*).

Albarran, *loc. cit.*

P. 28 ans ; blennorragies successives depuis dix ans. Ecoulement léger, jamais tari depuis, malgré injections, instillations, lavages.

Prostatite avec augmentation de volume et irrégularités de la glande : par places, points ramollis. Par le massage écoulement d'un peu de liquide contenant beaucoup de leucocytes.

En juin 1903 prostatotomie périnéale et curettage des deux

lobes de la prostate en respectant les canaux éjaculateurs et l'urèthre. Guérison.

Observation XLV (*résumée*).

Albarran, *loc. cit.*

M. V. 34 ans ; première blennorragie en 1893 guérie en quelques semaines sans laisser de traces ; deuxième en mai 1902, soignée par des lavages. Deux mois après son début accidents de prostatite durant quelques jours. Depuis, plusieurs séries de lavages et de massages sans tarir complètement la suppuration. Il y a six mois à la suite d'un lavage, nouveaux phénomènes de prostatite aigüe terminée par ouverture spontanée de l'abcès dans l'urèthre. Vint à Paris il y a quatre mois ayant encore une grosse goutte matinale sans gonocoques et un suintement dans la journée. Au toucher la prostate est augmentée de volume dans ses deux lobes, irrégulière ; dépression cupuliforme au niveau du lobe droit. Vésiculite et périvésiculite. L'expression de la prostate donne un liquide puriforme abondant.

Après deux mois de traitement par massage et lavages, le malade est amélioré mais non guéri, la prostate est plus petite, mais donne encore du pus au massage.

Le 14 mai 1905, incision périnéale, curettage et extirpation partielle de la glande qui fait reconnaître un petit abcès du côté droit.

Le 5 juin, la plaie périnéale est cicatrisée.

Revu en juillet *1906* ; écoulement disparu ; au toucher, la prostate paraît petite indurée.

Observation XLVI (*résumée*).

Albarran, *loc. cit.*

M. C. 32 ans ; blennorragie à 22 ans jamais guérie. Il y a trois ans, prostatite avec abcès ouvert dans l'urèthre ; il y a deux ans nouvel abcès incisé à deux reprises par le périnée. Il y a un an, en 1905, uréthrotomie interne avec dilatation consécutive. Depuis écoulement léger persiste, et pesanteur au périnée.

Prostate grosse, irrégulière, mal limitée, présentant des parties très indurées ; écoulement d'un peu de liquide au massage.

8 novembre 1906, incision périnéale transversale.

Incision, curettage et extirpation partielle des deux lobes de la prostate. Saignement abondant. Sonde à demeure. Tamponnement. Suites simples ; le tamponnement est enlevé le deuxième jour ; la sonde le quatrième. Le cinquième jour le malade perd un peu d'urine par le périnée ; cet écoulement cesse spontanément le neuvième jour.

A partir du vingtième jour, la plaie est presque fermée ; dilatation au béniqué. Entre temps, le malade sort depuis le trentième jour après l'opération.

Revu en juin 1907 : l'écoulement a disparu.

Observation XLVII

Le Fur, *in* Compte-rendu, onzième session d'urologie.

B. 33 ans ; jamais de blennorragie. Prostatite primitive à la suite de grippe. Abcès de la prostate à gauche. Fièvre, état général sérieux. Incision périnéale ; guérison en un mois par massages, lavages et dilatations.

Observation XLVIII

Le Fur, *loc. cit.*

L., 24 ans, valet de chambre, presque toujours assis. Jamais de blennorragie. Abcès de la prostate consécutif à une grippe avec angine. Mauvais état général ; fièvre vive. Incision périnéale. Guérison en trois semaines.

Observation XLIX (*résumée*).

(*In* Therre, thèse Lyon, 1907).

Blennorragie. — Abcès de la prostate ouvert spontanément dans l'urèthre. — Persistance de la douleur et de la fièvre. — Périnéotomie. — Guérison.

J. B., 28 ans, entre à l'hôpital St-Joseph, le 17 juin 1904, pour rétention aigüe d'urine.

Blennorragie contractée à la fin du mois de mai était à peu près guérie, il y a une huitaine de jours, quand après un refroidissement suivi de frissons, difficulté et douleur à la miction avec besoins fréquents d'uriner. Avant-hier, il ne put uriner ; on le sonda le soir : le lendemain nouvelle rétention et nouveau cathétérisme.

A l'examen : pas de température, bon état général, rien au périnée ; l'urèthre admet facilement un explorateur n° 18.

16 juillet. Pour la première fois, le malade urine seul. Epididymite gauche. Au toucher, point ramolli sur le lobe gauche de la prostate ; les pressions en ce point font venir du pus au méat. Douleurs vives ; la fièvre persiste.

19 juillet. Périnéotomie par le Docteur Rafin. Ouverture de l' abcès ; deux drains périnéaux.

2 août. Plaie va bien et ne laisse presque plus passe d'urine ; l'écoulement est très faible.

4 octobre. Plaie complètement fermée. Ecoulement insignifiant.

Observation L (*résumée*).

in Thèse Therre.

Blennorragie douteuse. — Furonculose. Abcès de la prostate. — Périnéotomie. — Guérison.

F. Ch. 35 ans, cultivateur, entre à l'hopital St-Joseph le 4 août 1904. Blennorragie douteuse à 20 ans.

Il y a trois semaines, douleur en urinant et état général assez grave : fièvre, vomissements. Les trois premiers jours, mictions difficiles ; le quatrième, rétention complète. Pendant un effort pour uriner, apparition d'un écoulement au bout de la verge. Le 8e jour, le cathétérisme fut nécessaire ; depuis le malade s'est sondé lui-même régulièrement, toutes les cinq ou six heures le jour, plus souvent la nuit.

Toucher rectal : prostate grosse, bosselée, de consistance molle, plutôt rénitente, dans une grande partie de son étendue. Le lobe gauche est plus gros et plus mou ; donne l'impression d'un abcès ; on fait venir quelques gouttes de pus au méat par l'expression.

Furoncles en divers points du corps.

4 août : Prostatomie par le Dr Rafin. A la ponction du lobe gauche, il s'écoule une assez grande quantité de pus et avec le doigt on sent une poche. Le lobe droit incisé donne issue à un peu moins de pus. On draine avec des mèches.

7 août. Ablation des mèches ; le malade a perdu un peu de sang, il urine spontanément. Urines claires.

20 août. Exeat : plaie en bonne voie de cicatrisation.

Novembre 1905. Note de son médecin : il a persisté une fistule pendant deux mois environ. Actuellement le malade va bien. Urines limpides. Le lobe gauche de la prostate est un peu plus gros que le droit.

Observation LI (*résumée*)

in thèse Therre.

Blennorragies anciennes. — Abcès de la prostate. — Rétention d'urine. — Périnéotomie. — Guérison.

M. 32 ans ; deux blennorragies à 18 et 20 ans. En juin 1903, il eut avec quelques phénomènes généraux, de la difficulté pour uriner. Alité depuis le 5 juillet. Examiné le 22 juillet, urines sales depuis deux ou trois jours ; violentes douleurs pour s'asseoir. Il urine toutes les deux heures avec de violents efforts. urines troubles ; pus surtout au début de la miction.

Toucher rectal : prostate volumineuse, douloureuse ; point fluctuant vers le bec qui s'avance très en avant.

25 juillet. Urine un peu moins souvent ; les urines émises spontanément sont troubles ; celles retirées par cathétérisme sont louches.

Périnéotomie par le Dr Rafin, issue d'une grande quantité de pus phlegmoneux. Drain enlevé le 8e jour.

8 août. Mictions une fois la nuit, toutes les cinq ou six heures le jour, sans difficultés ni douleurs, sans sensation pénible à la fin de la miction, toucher rectal : lobe gauche aplati ; lobe droit un peu gros, non douloureux.

1o août. Urine toutes les cinq à six heures jour et nuit ; la plaie se cicatrise.

3 novembre. Malade va bien. Mictions normales sans douleur. Lobe gauche de la prostate aplati, comme fondu ; le lobe droit se sent bien.

Observation LII (*résumée*).

in thèse Therre

Blennorragie. — Abcès de la prostate. — Rétention d'urine. — Périnéotomie. — Guérison.

B. 38 ans. Vu le 19 novembre 1903, trois blennorragies antérieures. Il y a un mois et demi, huit jours après un coït, écoulement qui disparaît en quelques jours au moment d'injections. Le 1er novembre a froid ; le lendemain, frissons, mictions très fréquentes et douloureuses pendant un jour.

8 novembre. Ecoulement ; envies fréquentes d'uriner.

10 novembre. Rétention complète pendant 48 heures ; difficulté pour s'asseoir et douleur au périnée. Depuis deux jours, rétention presque complète : On le sonde trois fois par jour ; dans l'intervalle, urine très peu, une boule 17 est un peu serrée dans la traversée prostatique et dans le tiers antérieur de l'urèthre pénien. Prostate volumineuse, molle à gauche.

20 novembre. Périnéotomie par le Dr Rafin, pus très abondant dans le lobe gauche, moins à droite.

26 novembre. Va bien : urine facilement.

30 novembre. Mèches enlevées faisaient rétention ; après leur ablation, il s'écoule beaucoup de pus.

2 décembre. Plus de pus : urines presques claires.

14 décembre. Protaste de volume normal, pas de douleur en urinant ; deux mictions la nuit ; quatre ou cinq le jour. Urines encore troubles.

2 janvier 1904. Va bien ; urines claires.

Observation LIII (*résumée*)

in Thèse Michailoff, Lyon, 1907.

Abcès de la prostate. — Plusieurs interventions. Néphrolithotomie.

P. A. 53 ans entre à l'hôpital St-Joseph pour douleurs vésicales rénales et urines troubles. Pas de blennorragie.

Depuis l'an dernier sensation pénible au niveau du rectum dans la station assise d'abord, puis d'une façon continue. Urine huit ou dix fois la nuit, toutes les heures le jour. Urines troubles, purulentes.

Prostate un peu volumineuse. Très douloureuse à la pression.

1er décembre 1902. Depuis un mois, douleur au périnée avec fièvre. Actuellement tuméfaction nette du périnée, s'étendant dans les bourses jusqu'à l'anus, avec envahissement de la fesse gauche ; peau rouge, pression douloureuse ; mictions toutes les demi-heures la nuit.

2 décembre. Incision périnéale par le Dr Rafin, se prolongeant vers les creux ischio-rectaux. Issue de quelques gouttes de pus seulement. En avant, à droite du bulbe de l'urèthre, petite tumeur dont l'incision donne une grande quantité de pus ; il ne semble pas qu'il vienne de la prostate.

23 décembre. Prostate augmentée de volume ; la pression fait sourdre quelques gouttes de pus par la plaie et par l'urèthre. Massage les jours suivants.

Mars 1903. Le malade ne se plaint que des trajets fistuleux du périnée ; pas d'intervention.

31 janvier 1904. même état. Prostate très tuméfiée surtout à gauche. Périnée antérieur douloureux et induré.

5 février. Intervention par le Dr Rafin. Incision de la prostatectonnie. Abcès du lobe gauche de la prostate qu'on trouve avec peine.

20 février, malade va bien ; une boule n° 11 est arrêtée à l'entrée de l'urèthre membraneux.

9 mars, incision d'un abcès profond de la fesse droite.

14 avril, incision d'un abcès situé en avant de la cicatrice.

20 mai, plaie en voie de cicatrisation.

9 juillet. bon état général ; pas de douleurs au niveau de la prostate ; les urines passent en totalité par la fistule périnéale.

5 avril 1905. Difficultés de la miction. A la partie posté-

rieure du périnée, on voit une large gerçure, comme si un abcès s'était ouvert ; la prostate est plate·

17 avril 1906. Fistule périnéale donne peu. Prostate normale : état général parfait, néphrolithotomie pour calcul du rein.

Observation LIV (*Résumée*).

In Therre, *Thèse Lyon*.

Ancien rétrécissement de l'urèthre. — Trauma du périnée. — Abcès de la prostate ouvert au périnée et dans le rectum. — Périnéotomie.

J. Th.. 46 ans, entre à l'hôpital St-Joseph le 24 janvier 1898. Blennorragie et chancre syphilitique à 32 ans.

Entre à l'hôpital pour une petite fistule du périnée antérieur. Début en juillet dernier à la suite d'un coup à ce niveau. Formation d'un abcès qui s'ouvrit spontanément au bout de quatre mois et donna issue à du sang pur ; pas de pus.

Actuellement petite induration avec une fistule allant du côté de l'urèthre mais ne donnant pas issue à de l'urine. Mictions fréquentes et nombreuses.

Rétrécissement large au niveau du méat et juste en arrière des bourses. Prostate grosse avec bosselures, la rendant suspecte au point de vue bacillaire. Epididyme gros, induré.

1er février. Uréthrotomie interne. Débridement de la fistule périnéale.

16 décembre 1900. Etat stationnaire. Prostate du volume d'une grosse châtaigne. Lobe droit forme une voussure nette, lisse et dure ; lobe gauche à voussure moins saillante, inégale, dure et bosselée.

7 février 1901. Dilatation d'un rétrécissement. Prostate dure, bosselée, peu douloureuse. La fistule périnéale est fermée.

30 decembre 1905. Nouvelles séances de dilatation ; prostate augmentée de volume, bosselée, bords peu nets,

2 décembre 1906. Il y a neuf mois, le jet d'urine devint faible et ténu, il y a quatre mois, formation d'un abcès périnéal il y a deux mois, nouvel abcès périnéal qui se serait ouvert dans le rectum il y a quatorze jours.

Actuellement, fièvre, état général médiocre ; à droite et en avant de l'anus, grosseur douloureuse spontanément et à la pression. Prostate grosse et douloureuse, pas de fluctuation.

6 décembre. Périnéotomie par le Dr Rafin, on ouvre une collection purulente ayant fusé dans les creux ischio-rectaux, à point de départ prostatique.

24 janvier 1907. Plaie périnéale guérie. Prostate normale, cependant bords peu nets.

27 janvier. Se plaint de faux besoins et de difficultés pour aller à la selle. Sensation de plénitude dans le rectum. Urines troubles. Prostate grosse, bosselée, inégale, dure. Après le toucher rectal, il sort par l'urèthre quelques gouttes de pus. Malade veut quitter l'hôpital.

Observation LV (*résumée*).

in Therré. *Thèse Lyon.*

Blennorragie. — Abcès de la prostate à évolution périnéale. — Débridement. — Guérison.

L. R. 24 ans, entre à l'hôpital St-Joseph le 22 mars 1907 blennorragie en septembre dernier suivie d'orchite droite.

Il y a un mois, contractions douloureuses et involontaires de l'anus à la fin des mictions. Brusquement, il y a quelques jours rétention d'urine : depuis on a été obligé de le sonder.

Il y a dix jours frissons, fièvre continue entre 38° et 39° ; actuellement, depuis deux ou trois jours, urine spontanément. Pas de douleur en urinant, mais brûlure très violente après les mictions.

Douleur très vive à la palpation du périnée ; on sent une tuméfaction dure, fusiforme, mais non fluctuante et peu volumineuse. Prostate un peu plus volumineuse à droite qu'à gauche, un peu douloureuse à la pression, mais ni dure ni fluctuante.

23 mars. La température a tombé. Tuméfaction périnéale augmentée, ligneuse, douloureuse, un peu rouge. Prostate un peu molle, mal limitée ; la pression fait sortir du pus par le méat.

Périnéotomie par le Dr Rafin ; hémorragie assez abondante, qu'on n'arrête qu'avec les tampons de ferripyrine.

Le soir, urine mieux et sans douleur : pas de fièvre.

28 mars. Le massage ne fait plus sortir de pus par le méat. Volume de la glande et consistance normale.

1er avril. Malade quitte l'hôpital.

Observation LVI (*résumée*).

in Therre. *Th. Lyon.*

Abcès de la prostate à évolution périnéale. — Périnéotomie. — Guérison.

Joseph M., 76 ans ; entre à l'hôpital St-Joseph le 14 avril 1904. Entre pour douleurs à la miction, pyurie et pollakiurie. Début il y a six mois par douleurs dans le canal, avec besoins d'uriner fréquents surtout la nuit.

Ni blennorragie ni syphilis.

Actuellement mictions quatre ou cinq fois la nuit, toutes les heures pendant la journée, un peu de douleur initiale et terminale, urines purulentes.

Prostate moyennement hypertrophiée, sans inégalité ; consistance normale.

11 septembre 1906. Infiltration du périnée antérieur, des bourses, de la verge, aspect rouge œdématié. Langue sèche, rôtie. Du pus sort par l'urètre.

Périnéotomie : il s'écoule un mélange d'urine et de pus, deux drains, pansement.

18 octobre. Fistule périnéale à peu près fermée. Etat général bien amélioré, urines plus claires.

Observation LVII

in Therre, *Th. Lyon.*

Abcès de la prostate ouvert dans le rectum. Guérison.

Francisque R. 43 ans est vu par le docteur Rafin le 28 novembre 1903.

Plusieurs accès de goutte antérieurs. L'an dernier, étant à Contréxeville, il eut subitement de la difficulté pour uriner. Aurait été sondé par son médecin, et le docteur Reverdin aurait constaté un abcès de la prostate qui, quelques jours après, s'ouvrit dans le rectum.

Prend des lavements régulièrement et voit le docteur Rafin parcequ'il croit avoir une fistule recto-prostatique. Mais pas d'autres malaises que la constatation du pus. Après le coït petite douleur au périnée. Colique néphrétique il y a trois ans et élimination d'un petit gravier rouge.

Actuellement mictions normales jour et nuit, urines limpides : ni sucre ni albumine. Prostate : on ne sent rien ; pas de fistule ; prostate plutôt aplatie.

Observation LVIII (*résumée*)

in Toupet Thèse 1904.

Abcès de la prostate d'origine blennorragique ; incision prérectale ; fistule uréthro-périnéale. Guérison au bout d'un mois.

B. J.B. 28 ans, entre salle Velpeau le 20 septembre 1896. Blennorragie il y a trois semaines ; injections d'eau blanche dans l'urèthre.

Dans la nuit du 11 au 12, rétention d'urine : depuis obligé de se sonder. L'écoulement a reparu le 20 septembre.

Actuellementt, écoulement blanc jaunâtre assez abondant; urèthre normal. Prostate grosse comme une mandarine et ramollie, donnant nettement la sensation de fluctuation. Vésicules séminales un peu grosses.

21 septembre. Incision prérectale par M. Escat. Drainage. Les jours suivants, il s'établit une fistule uréthro-périnéale.

29 octobre. Malade quitte l'hôpital.

24 novembre. Il porte encore au périnée une petite plaie de 1/2 centimètre de profondeur par où ne s'écoule aucun liquide. Prostate normale.

Observation LIX.

in Toupet thèse 1904.

Abcès de la prostate d'origine blennorragique, avec périprostatite suppurée. — Incision périnéale. — Poussées fébriles coïncidant avec un drainage imparfait. — Guérison presque complète au bout de 6 semaines.

F. G. entre salle Velpeau le 11 octobre 1897, une seule blennorragie il y a deux mois.

Vingt jours après le début de l'écoulement, nausées, céphalalgies, douleurs aigües dans le fondement, constantes, mais

s'exaspèrent pendant les mictions et provoquent des efforts impuissants pour aller à la selle, mictions fréquentes toutes les heures.

2 octobre. Vu à la consultation de la Terrasse. Prostate grosse, très douloureuse au toucher, la pression fait sourdre au méat un liquide blanchâtre teinté de sang.

Lavements, cataplasmes laudanisés et suppositoires.

7 octobre. Retour à la consultation. Rétention aigüe depuis la veille. Prostate grosse.

9 octobre. Lavage de l'uréthre antérieur au permanganate, vives douleurs, mais miction possible.

11 octobre. Depuis le lavage, le malade a beaucoup souffert. Gland et verge œdématiés. Paraphimosis et orchite droite. Admission du malade.

12 octobre. Depuis hier, rend du pus verdâtre par le canal ; douleurs lombaires et anales. Ténesme rectal. Céphalalgie. Nausées. T. 40° hier soir ; 36°8 ce matin.

Prostate énorme, du volume d'une grosse orange faisant saillie dans le rectum. La pression douloureuse fait sourdre au méat un pus verdâtre.

13 octobre. Taille périnéale par M. Albarran. Ouverture de deux foyers l'un intra, l'autre péri-prostatique. La température reste le soir à 38°.

19 octobre. Drain remplacé par mèche de gaze iodoformée. Deux jours après, T. 39 5, et on replace le drain : grande quantité de pus.

On laisse le drain jusqu'au 3 novembre ; sa suppression détermine ascension de température à 39°. Le lendemain, ictère, diarrhée.

8 novembre. N'a plus de fièvre, l'orchite a disparu.

27 novembre. Quitte l'hôpital en bonne voie de guérison ; il reviendra se faire panser tous les quatre jours.

Observation LX.

in Toupet Th. 1904.

Abcès chaud de la prostate incisé par le périnée. — Guérison rapide.

C. Jacques 23 ans, entre salle Velpeau le 24 mai 1899. Blennorragie il y a deux ans, soignée par injections de sulfate de zinc et du santal. A conservé une goutte.

Depuis quinze jours, recrudescence de l'écoulement, d'abord sans douleur, puis avec douleurs vagues dans la partie profonde du canal, après les mictions.

Les mictions deviennent difficiles, non impérieuses, augmentées de fréquence : toutes les demi-heures nuit et jour. Ténesme rectal et défécation pénible.

Toucher rectal : prostate grosse, faisant une saillie assez volumineuse et nettement ramollie, urines troubles. T : 38°.

Le 25 mai, M. Tesson incise l'abcès par la voie périnéale. Ecoulement de 20 à 25 gr. de pus. — Pendant 24 heures, le malade est sondé deux fois. — Les jours suivants, urine facilement.

La plaie se cicatrise régulièrement ; pas de fièvre.

Le 10 juin, le malade quitte l'hôpital ; petite plaie par où il ne passe ni pus, ni urine.

Observation LXI

in Toupet.

Abcès chaud de la prostate incisé par le périnée. — Guérison.

B. 39 ans, entre le 26 décembre 1899.

Blennorragie il y a un mois ; n'a pas cessé de monter à bicyclette malgré des douleurs fortes, survenues dès le dé-

but, dans la région prostatique. — Envies continuelles d'aller à la selle, mictions fréquentes (toutes les dix minutes) et impérieuses. — Depuis quinze jours, frissons toutes les nuits.

Actuellement, les douleurs se généralisent aux testicules, à la vessie, à l'anus. Prostate légèrement augmentée de volume, mais ramollie et fluctuante.

27 décembre, taille pré-rectale par M. Duval, on découvre une prostate ramollie : on l'incise, on tombe dans une poche purulente, entourée de logettes secondaires. La limite supérieure de la loge principale ne peut être atteinte par le doigt.

28 décembre, soulagement complet, pas de fièvre, suites normales.

Exeat le 12 janvier 1900.

Observation LXII

In Toupet.

Abcès de la prostate chez un rétréci ; incision périnéale.

Th. Albert, 47 ans, entre le 24 février 1900. Vient de la Terrasse en rétention aigüe, datant de 2 jours.

Première blennorragie, il y a 4 ans ; deuxième il y a un mois écoulement persistant et abondant ; il urine toutes les deux heures le jour et une fois la nuit ; mictions non douloureuses.

Prostate grosse faisant une saillie ramollie dans le rectum.

24 février, Incision périnéale par M. Albarran le 25 au soir 37°9 ; le 26, 37°4 ; le 27, 37°.

9 mars. Le drain est retiré.

25 mars Le malade quitte le service avec une petite plaie qu'il reviendra faire panser.

Observation LXIII

In Toupet.

Abcès de la prostate ouvert spontanément dans le rectum. — Incision périnéale. — Guérison rapide.

G., 58 ans, entre le 18 mars 1900.

Première blennorragie il y a dix ans ; trois ou quatre autres depuis, ayant duré quatre à cinq semaines ; la dernière il y a un mois : l'écoulement subsiste encore. Il y a deux mois, il ressentit une vive douleur qu'il localise à l'anus. Elle est plus vive depuis quinze jours, et se fait sentir surtout pendant la miction et la défécation.

A son entrée, on est obligé de le sonder. T. 38°6. Prostate grosse comme une mandarine, ramollie, fluctuante. L'abcès s'ouvre dans le rectum.

18 mars. Incision périnéale par M. Alglave ; il s'écoule par l'incision une grande quantité de pus.

20 mars. Chute complète de la température, le malade va très bien.

27 mars ; il reste encore un écoulement blennorragique.

9 avril ; la blennorragie est terminée ; la plaie tout à fait guérie. Exeat.

Observation LXIV.

in Toupet.

Abcès de la prostate incisé par le périnée. — Guérison rapide.

S. Franck 22 ans, entre le 6 juillet 1900 pour douleur dans la région anale.

Première blennorragie en 1898 ; guérie au bout de 5 ans.

Deuxième blennorragie il y a quatre semaines ; écoulement très abondant, non douloureux.

Vers le 15e jour, douleurs anales qui sont allées en augmentant. Constipation.

Il y a 4 jours, un médecin fit pendant 3 jours, trois injections quotidiennes de sulfate de zinc et lui ordonna des suppositoires.

Les douleurs persistant, il vient à Necker.

Etat actuel : plus d'écoulement : mictions faciles. de fréquence normale ; urines claires.

Prostate augmentée de volume et molle ; un point fluctuant dans le lobe gauche.

8 Juillet, bon état général, mais 38°, 6. Le lobe gauche est très fluctuant.

9 Juillet. Incision périnéale par M. Michon, cavité anfractueuse d'où s'écoule une assez forte quantité de pus épais.

Lavage et drainage, plaie bourrée avec des mèches.

10 Juillet. Chute de température, on enlève les mèches, suites excellentes.

Sort guéri le 30 juillet.

Observation LXV.

in Toupet.

Abcès de la prostate. — Périnéotomie ; fistule uréthro-périnéale. — Guérison.

V. 43 ans, vient à Necker le 1er mai 1903 pour rétention complète datant de deux jours, et impossibilité d'aller à la selle, malgré de violentes envies.

A 19 ans, première blennorragie qui dura un mois et syphilis ; 2e blennorragie à 25 ans, suivie de goutte ; 3e blennorragie à 38 ans qui n'a jamais guéri.

Vers la fin d'avril 1903, apparition sans cause connue,

d'un écoulement blanchâtre non douloureux, mictions et selles normales. — Un pharmacien fait de l'électricité ; depuis V. n'a pu uriner et aller à la selle qu'avec difficulté et a toujours été en rétention incomplète.

Le 29 avril, la rétention étant complète, il vient à Necker où on diagnostique un abcès de la prostate.

2 mai, incision périnéale par M. Bréchot. Drainage. Le 8 on enlève le drain : il passe quelques gouttes d'urine.

22 mai, quitte l'hôpital avec une petite fistule.

Le 8 juillet, la plaie s'est fermée complètement ; le surlendemain, formation d'un petit abcès qui s'est fermé très vite.

Observation LXVI (*résumée*).

in Toupet.

Abcès de la prostate incisé par le périnée. — Guérison en 20 jours, malgré une fistule uréthro-périnéale.

G. Georges 27 ans, entre le 27 juin 1903 avec un abcès de la prostate ; a eu deux blennorragies.

29 Juin. T. La veille au soir : 39°2. Incision périnéale par M. Bréchot ; drains, mèches, le lendemain chute complète de température.

4 juillet : l'urine passe par la plaie assez abondamment : sonde à demeure jusqu'au 14, époque à laquelle il ne passe plus du tout d'urine.

21 juillet. Sort complètement guéri.

Observation LXVII (*résumée*).

in Toupet.

Abcès de la prostate d'origine douteuse chez un jeune homme ayant une tuberculose testiculaire. — Fistule uréthro-périnéale. — Cicatrisation lente.

D. Armand 23 ans ; entre le 23 juin avec une orchite droi-

te ; première blennorragie il y a deux ans. Augmentation de volume du testicule droit. Le 4 juin le testicule est très gros; urines très sales, mictions fréquentes douloureuses ; défécation pénible.

Lavages de vessie pendant 8 jours, au bout desquels il perd du pus par le rectum pendant les selles.

23 Juin. Vient à Necker : gros abcès de la prostate ; orchite droite.

25 Juin. Incision périnéale par M. Pasteau.

30 Juin ; il urine par sa plaie périnéale. Sonde, béquille jusqu'au 31 juillet. Revu le 6 novembre ; la fistule n'est pas complètement fermée.

NOMS des AUTEURS	NOMBRE DE CAS	AGE	BLENNORRAGIES ANTÉRIEURES	DÉBUT			
				Au cours d'une blennorragie aiguë.	Au cours d'une blennorragie chronique.	Au cours de l'hypertrophie.	Au cours d'une maladie infectieuse
							Voi
CATHELIN...	2	46 et 80	»	»	Un.	Un.	»
HÉRESCO....	1	58	Une.	«	»	Oui.	»
—	1	61	Deux.	»	»	Oui.	«
ORAISON...	1	23	Une seule.	Oui.	»	»	»
SCHLOTH....	1	59	Aucune	»	»	Oui	»
NICOLICH...	1	38	Aucune.	»	»	»	»
GUIZY.....	2	Pas indiqué	Pas indiqué.	Pas indiqué.	Pas indiqué.	Pas indiqué.	Pas indiqué.
HAMONIC....	1	72	Plusieurs guéries depuis longtemps.	»	»	Oui, avec rétention.	»
—	1	65	Pas de blennorragies.	»	»	»	Diabète.
—	1	68	Deux blennorragies anciennes et guéries.	»	»	Hypertrophie.	Diabète.
—	2	66 et 67	Plusieurs blennorragies très anciennes. Rétrécissements.	»	Oui, tous les deux.	Prostate très hypertrophiée.	Un des malades eut la grippe à la suite de laquelle il fit son abcès.
—	12	21 21 23 22 25 30 29 18 17 1/2 19 19 20	Tous avaient eu déjà une ou deux blennorragies antérieures.	Oui, très aiguë.	»	»	»

CAUSE DÉTERMINANTE	RÉSULTAT de L'EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE	RÉSULTAT de L'EXAMEN HISTOLOGIQUE APRÈS BIOPSIE	TRAITEMENT	RÉSULTATS	AUTOPSIES
ctale					
Inconnue.	Pas indiqué.	»	Ouverture spontanée dans le rectum.	Guérison entre 4 et 8 jours.	
gues excessi-es.	Id.	»	Id.	Guérison.	
Excès.	Id.	»	Id.	Id.	
Fatigues.	Pas pratique.	»	Incision rectale à ciel ouvert.	Guérison en 5 jours.	
roidissement.	Pas d'examen.		Ouverture spontanée dans le rectum.	Guérison en 8 jours.	
Pyoémie.	Staphylocoques.	»	Incision rectale.	Guérison en 1 semaine.	
Inconnue.	Pas indiqué.	»	Incision rectale.	Guérison rapide.	
ni. Dès le lende-main, prostatite utissant rapide-nt a l'abcès.	Pyogènes. Quelques bactéries septiques.	»	Incision rectale avec la pointe des ciseaux	Guérison en 13 jours.	
ion urétrale secon-re.	En culture staphylocoque blanc.	»	Id.	Guérison en 15 jours.	
ion urétrale non ococcique.	En culture, staphylocoque.	»	Id.	Guérison en 18 jours.	
l'autre, la cause ait être la sonde à eure après uré-omie interne.	Pas d'examen.	»	Incision rectale avec la pointe des ciseaux.	Guérison en 25 et 30 jours.	
ue le plus souvent s 5 cas le coït fut cause détermi-te ; dans un cas la turbation.	Dans 5 cas, gonocoque pur ou associé.	»	Incision rectale médiane avec la pointe des ciseaux guidée sur le doigt.	Guérison entre 15 et 34 jours.	

NOMS des AUTEURS	NOMBRE DE CAS	AGE	BLENNORRAGIES ANTÉRIEURES	DÉBUT			
				Au cours d'une blennorragie aiguë.	Au cours d'une blennorragie chronique.	Au cours de l'hypertrophie.	Au cours d'une maladie infectieuse.
Hamonic....	1	60	Anciennes blennorragies guéries depuis longtemps.	»	»	Hypertrophie moyenne et calculs phosphatiques.	»
—	3	40 35 27	Plusieurs blennorragies antérieures. Rétrécissements.	»	Oui, tous les trois.	»	»
Guizy.....	1	Pas indiqué	Pas indiqué.	Pas indiqué.	Pas indiqué.	Pas indiqué.	Pas indiqué
Pauchet....	1	20	Une non traitée, 8 semaines avant.	Oui.	»	»	»
Desnos.....	3	Inconnu.	Inconnu.	Oui.	»	»	»
Loumeau....	1	72	Une.	Oui.	»		»
—	1	49	Une.	»	Oui.	»	»
—	1	40	Multiples.	»	Oui.	»	»
—	1	38	Une.	»	Oui.	»	»
Hogge.....	1	»	»	»	Oui.	»	»
Reynès.....	1	30	Une.	»	»	»	»
Tédenat....	5	»	»	»	»	«	»

CAUSE DÉTERMINANTE	RÉSULTAT de L'EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE	RÉSULTAT de L'EXAMEN HISTOLOGIQUE APRÈS BIOPSIE	TRAITEMENT	RÉSULTATS	AUTOPSIES
Lithrotritie.	Pas d'examen	»	Id.	Guérison en 29 jours.	
hétérisme bru- l dans les trois s.	Gonocoque deux fois, staphylo- coque une fois.	»	Id.	Guérison entre 15 et 72 jours. Ce premier malade portait un rétré- cissement très serré.	
Inconnue.	Inconnue.	»	Incision rectale.	Fistule facilement guerie ensuite par sonde à de- meure et extirpa- tion du trajet fis- tuleux.	
Rien.	Pas pratiqué	»	Id.	Fistule 2 mois.	
Inconnue.	Inconnu.	Inconnu.	Id.	Une guérison ; 2 morts ; 1 de de septicémie et 1 d'hémorragie.	
rches fatigantes	»	»	Ouverture sponta- née dans le rec- tum à 57 ans.	Guérison en 1 mois (malaise perinéal mictions irrégu- lieres.	
de à demeure.	»	»	Ouverture sponta- née après toucher	Perinéotomie 12 jours plus tard.	
menage génital us de voiture.	Staphylocoques.	»	Incision rectale sonde a demeure pendant 4 jours.	Guérison après fis- tule urethro-rec- tale qui dura 15 jours.	
us les excès	»	»	Incision rec- tale.	Guérison ra- pide.	
»	»	»	Ouverture sponta- née.	Id.	
»	»	»	Incision rec- tale.	Guérison.	
»	»	»	Incision rectale (abcès faisant forte saillie dans le rectum).	Guérison.	

Nous avons réuni 67 observations, dont 20 inédites. Sur ces 67 cas, 34 ont été traités par l'incision rectale, 2 se sont ouverts spontanément dans le rectum ; 31 ont été opérés par voie périnéale. Les résultats ont été les suivants :

1° Parmi les abcès ouverts par le rectum ;

1 cas a guéri en moins de huit jours.

14 cas (dont 1 ouvert spontanément dans le rectum) ont guéri en 8 jours.

4 cas ont guéri en 10 jours.

3 cas, dont 1 malgré une fistule uréthro-rectale, ont guéri en 12 jours.

4 cas ont guéri en 15 jours.

1 cas a guéri en 20 jours.

1 cas a guéri en 1 mois.

1 cas a guéri en 1 mois 1/2.

1 cas fut suivi de fistule uréthro-rectale qui dura 2 mois.

3 cas où la date de guérison n'est pas indiquée.

2 cas furent suivis de mort.

2° Sur les 31 cas opérés par voie périnéale.

1 cas guérit en 15 jours.

8 cas guérirent en 20 jours, dont un malgré une fistule périnéale.

5 cas guérirent en 1 mois.

4 cas guérirent en 1 mois 1/2.

1 cas guérit en 2 mois.

1 cas guérit en 2 mois 1/2.

1 cas guérit en 3 mois.

1 cas est en voie d'amélioration au bout de 10 jours.

3 cas où la date de guérison n'est pas indiquée.

2 cas de fistules périnéales qui durèrent 1 et 2 mois.

1 cas de guérison incomplète au bout d'un mois.

1 cas : incision périnéale après ouverture spontanée dans le périnée et le rectum ; une fistule périnéale persista un an.

1 cas : plusieurs interventions ; fistule périnéale pendant plusieurs mois.

1 cas suivi de mort chez un vieil urinaire.

Nous avons publié sous forme de tableau en grande partie dressé par M. Oraison, le relevé de 45 cas traités par l'incision rectale, parmi lesquels :

2 cas guérirent entre 4 et 8 jours.

1 cas guérit en 5 jours.

2 cas guérirent en une semaine.

3 cas guérirent entre 13 et 18 jours.

1 cas guérit en 25 jours.

2 cas guérirent en 1 mois.

12 cas guérirent entre 15 et 34 jours.

1 cas guérit en 29 jours.

3 cas guérirent entre 15 et 72 jours.

13 cas où la date de guérison n'est pas indiquée.

3 furent suivis de fistule, qui dans l'un d'eux dura 2 mois.

2 cas furent suivis de mort.

D'autre part il est fait mention dans le compte rendu de la onzième session d'urologie de 493 cas traités par la périnéotomie.

Sur ces 493 cas :

3 cas guérirent en 14, 15 et 16 jours.

3 cas guérirent en 3 semaines.

4 cas guérirent en 1 mois dont l'un malgré une fistule qui dura 9 jours.

1 cas guérit en 5 semaines.

1 cas guérit en 1 mois 1/2.

1 cas guérit en 1 mois 1/2 malgré une fistule uréthro-périnéale.

1 cas dura plus d'un an.

9 cas où une fistule persista de 2 à 3 mois, et parmi lesquels deux devinrent tuberculeux.

451 cas où la date de guérison n'est pas précisée.

4 cas n'ont pas été revus.

15 furent suivis de mort.

La comparaison de ces observations est en faveur de l'opération par voie rectale, dans les cas où il n'existe pas de contre-indication ; en ne considérant que les cas où la date de guérison a été indiquée, sur 66 cas traités par cette méthode, 37 guérirent en moins d'un mois, soit plus de 60 pour 100 ; sur 65 cas incisés par le périnée, 15 seulement guérirent pendant ce même temps, soit 23 pour 100.

D'autre part, sur les 34 cas traités par l'incision rectale, dont nous citons les observations, six cas seulement furent compliqués, trois d'hémorragie, trois de fistule ; encore dans l'un de ces cas (observation I), la fistule dura six jours et la guérison fut complète le dixième jour ; chez le malade qui fait le sujet de l'observation VI, la guérison fut complète en 12 jours ; la fistule persista

neuf jours. Le malade de l'observation XXV guérit en deux mois.

Les trois cas d'hémorragie furent traités, l'un par le tamponnement (obs. XXXIII) ; les deux autres par le tamponnement et la mise à demeure de pinces hémostatiques, l'un guérit en huit jours et les deux autres en quinze jours.

Ces complications seraient sans doute plus rares encore si l'on intervenait de bonne heure et si l'on incisait aussi près que possible de la ligne médiane après avoir repéré très exactement l'abcès avant l'anesthésie.

CONCLUSIONS

1° Les abcès non tuberculeux de la prostate, peuvent être divisés en deux catégories : les abcès aigus ; — les abcès subaigus et chroniques :

2° Dans les abcès aigus, de beaucoup les plus fréquents, la suppuration est tantôt uniquement intra-glandulaire (abcès miliaires et grands abcès) : tantôt à la fois intra et périglandulaire, l'abcès se compliquant de périprostatite qui est elle-même suppurée ou non.

3° Au point de vue clinique, les abcès se manifestent par les symptômes suivants : douleurs, dysurie ou rétention d'urine, troubles de la défécation. Hyperthermie, modifications dans la consistance de la glande.

Ces signes sont parfois peu accentués : quelques-uns même peuvent faire défaut, ce qui rend difficile dans certains cas le diagnostic de la suppuration.

4° On peut distinguer quant à l'opportunité d'un traitement chirurgical des cas où l'opération peut ou doit

être différée ; et d'autres où les indications d'intervenir sont absolues. Celles-ci résident surtout dans la gravité de l'état général, l'hyperthermie, les douleurs, l'existence d'une collection volumineuse ou la constatation de la péri-prostatite.

5° La voie rectale ne présente pas les dangers qu'on lui a imputés ; elle n'est pas plus souvent suivie de fistule que la voie périnéale.

Elle présente au contraire, le double avantage d'être plus facile à pratiquer et de donner une guérison plus rapide.

Aussi nous paraît-elle mériter la préférence sauf : 1) dans les grands abcès péri-prostatiques avec état général grave : 2) quand l'abcès pointe déjà vers le périnée ; 3) dans les cas anciens d'ouverture spontanée rectale ou uréthrale avec fistule qui tarde à guérir.

6° La technique opératoire le plus simple est celle qu'a préconisée M. Routier : après dilatation de l'anus et application d'une valve, incision de deux centimètres environ, le plus près possible de la ligne médiane ; agrandissement avec le doigt de la cavité et dissociation des cloisons persistantes.

Lavage de la cavité avec de l'eau bouillie.

Le tamponnement sera réservé aux cas où l'on redoute une hémorragie. Les jours suivants on pratiquera matin et soir un grand lavage.

7° Les complications sont rares ; les fistules, quandelles

se produisent, guérissent d'ordinaire spontanément en six à huit jours.

La guérison est le plus souvent complète et définitive au bout de huit à quinze jours.

Les résultats sont d'autant meilleurs que l'intervention a été plus précoce.

Vu : *Le Président de la thèse*,
SEGOND.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Adams (John). — Anatomy and diseases of the prostate 2e édition. Londres, 1853.

Albarran. — art. « Abcès de la prostate », *Traité de chirurgie*, Le Dentu et Delbet, IX.

Albarran. — Médecine opératoire des voies urinaires.

Alexander.— Prostatic and périprostatic abscess. *Annals of surgery*, dec. 1905.

Amussat. — Leçons sur les rétentions d'urine causées par les rétrécissements du canal de l'urèthre et sur les maladies de la prostate. Paris, 1832.

André. — Des abcès de la prostate et de leur traitement. *Revue médicale de l'Est*. Nancy, 1905.

Aubry. — Valeur et indications du massage de la prostate. Thèse de Paris, 1899.

Bazy. — Abcès de la fosse iliaque consécutif à des lésions prostatiques. *Mercredi médical*, 22 mars 1893.

Béraud. — Maladies de la prostate. Thèse agrégation. Paris, 1857.

Bierhoff. — Prostatite blennorragique, *Journal russe des mal. cut. vener.*, août 1903. (Extrait *in annales gen. ur.*, 1908, p. 43).

Blanquinque. — Essai sur le choix de l'intervention dans le traitement des abcès chauds de la prostate. Thèse Paris, 1902.

Bréchot. — Sur quelques cas de prostatite subaigüe avec suppuration périprostatique et abcès retio-cervico vésiculaires. *In annales des mal. gen. ur.*, 1903, p. 1716.

Campenon, — Art. « Prostate » du *dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, 1880.

Casper. — Prostata abcess, phlégmonœse periprostatitis und phlebitis paraprostatica. *Berlin, Klin. Woch.*, 1895, p. 455.

Chassaignac. — « Abcès à l'anus ». Art. de dict. Dechambre, Paris 1870.

Civiale. — Aperçu pratique sur la suppuration et les abcès de la prostate. *Bull. de thérap.*, 1858.

— Traité des maladies des organes génito-urinaires, T. II ; Paris, 1858.

Collinet. — Abcès prostatique. *Arch. de méd. et de pharm. militaires*, 1888.

Demarquay. — Abcès de la prostate. *France méd.*, 1862.

— Clinique sur les abcès périprostatiques. *Union méd.*, 1862.

Desault. — *Mal. des voies ur.* Œuvres chirurgicales par X. Bichat. Paris, 1803.

Desnos. — Art. « Prostate, » *in dict. Encyclop. des Sc. méd.*, 1889.

— Abcès latents de la prostate. II[e] session de *l'assoc. franc. d'urol.* Paris, 1899. compte rendu, p. 252.

— Trait. des suppurations chroniques prostatiques et périprostatiques *In annales des mal. des org. gén, ur.*, 1903.

Desnos. — Evolution et traitement des abcès non tub. de la prostate compte rendu 11[e] session *assoc. franc. d'urol.*, p. 242.

Desnos et Minet. — *Traité des maladies des voies urinaires.*

Dittel. — Die abloesungder vorden mastdarm-wand *Wien. med. Wochensch.*, 1874, n° 16,

— Uber prostataabcesse. *Wien Klin Woch.*, 1899, p. 413, 438, 458.

Ehrmann. — Thérapeutique des abcès péri-uréthraux et de la prostatite blenn. *Wien. med. Presse*, 1895, 1[er] déc.

Erichsen. — Case of death from profuse hematuria consequent on an abcess between the prostate and rectum. *Med. Times and Gazette*, 1860, p. 79.

Escat — Infiltration d'urine et péri-uréthrite. *Ann. gen. ur.* 1898.

— Discussion sur le rapport des abcès de la prostate. Compte rendu 11[e] session *Assoc. franc. d'urologie*, p. 205.

Farabeuf. — Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires du périnée et du pelvis.

Finger. — Sur la prostatite blennorragique. *Wien. med. Woch.*, *1895.*

— Die blennorhoë der sexualorgane und ihre complicationen. 1901.

Fleury. — Du traitement des abcès appendiculaires pelviens, en particulier par la voie rectale. Thèse Bordeaux, 1905.

Forgue. — Affections inflammatoires de la prostate, *in traité chirurgie*, Duplay, et Reclus, T. VII.

Frank. — Sur les abcès prostatiques, C. R. 11e session, *Assoc. franç. d'urol.* p. 172.

Genouville. — A propos des abcès de la prostate. *Ibid*, p. 214.

Gino Migliorini. — Osservazioni intorno ella cura dell' ascesso prostatico nei blenuorragici. *In. Gion. Ital. Nall dell. mal venerée e della pelle*, 1905, fasc. VI. (résumé *in ann. gen. ur.* 1906, p. 1407)

Guiard. — Abcès prostatique. Incision, hémorragie. *In annales gen. ur.*, 1883, p. 455

— Traitement des suppurations prostatiques par la ponction au trocart à travers la paroi rectale suivie de lavages antiseptiques. *In annales gen. ur.*, 1899, p. 1240.

Guilain. — Contribution à l'étude du traitement des abcès prostatiques et périprostatiques par l'incision perinéale. Thèse Paris, 1885.

Guyon. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Paris, 1903, II, p. 147 ; III, p. 307.

— Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate Paris, 1888.

Hamonic. — 26 cas d'abcès non tuberculeux de la prostate. *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*, 13 Janvier 1908.

Hartmann et Lavenant. — Sur la pathogénie et le traitement des abcès non tuberculeux de la prostate.C. R. 11e session, *assoc. franc. urol.*, p. 107.

Hawkins. — Prostatic abscess. *Ann. J. urol.*, N. Y., 1904-05.

Héresco. — Pathogénie et traitement des abcès de la prostate. C. R. 11e session. *Assoc. franç. urol.*, p 127.

Hogge. — Sur les abcès non tub. de la prostate. *Ibid.*, p. 238.

Kirmisson et Desnos. — De la transformation fibreuse des tissus périprostatiques. Rétrécissements du rectum consécutifs. *Annales mal. org. gén. ur.*, 1889, p. 72

Lacerte. — Contribution à l'étude des abcès de la prostate. Congrès de Québec, juin 1902. Extrait *in Annales gén. ur.*, 1904, p. 29.

Lafont. — Traitement des abcès chauds de la prostate par l'incision rectale. Thèse, Paris, 1895.

Le Fur. — Des suppurations prostatiques non tuberculeuses. C. R. 11e session. *Assoc. franc. urol.*, p. 131.

Legrain. — Abcès métastatique de la prostate après un phlégmon diffus de l'avant-bras. *Annales gén. ur.*, 1903, p. 362.

Lindsay. — *The méd. and. surg. reporter*, 1896, p. 190.

Loumeau. — Abcès non tuberculeux de la prostate (pathogénie et traitement). C. R. 11e session *assoc. franc. urol.* p. 173,

Marion. — *Manuel de technique chirurgicale*, 1908.

Mayet. — Prostatite glandulaire suppurée. *Ann. gén. ur.*, 1876, p. 193.

Minet. — Les suppurations prostatiques et périprostatiques (formes et traitement). Thèse Paris, 1901.

Michailoff. — Des calculs du rein et de leur diagnostic par la radiographie. Thèse Lyon, 1907.

Morelle. — Diagnostic et traitement des prostatites. *Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles*, 1903, p. 162-172.

Nélaton. — *France méd.* 1859, p. 163.

— *Pathol chirurg.*, t. V. Paris, 1859.

Nicolich. — Pyohémie consécutive à un furoncle ; abcès de la prostate et du rein. *Annales gén. ur.* 1906 p. 362.

Noguès. — Remarques sur les abcès de la prostate. C. R. 11e session, *Assoc. franc. urol.*, p. 116.

Oraison. — Pathogénie et trait. des abcès non-tuberculeux de la prostate (rapport). C. R. 11e session *Assoc. franc. urol.*

Otto Stoll. — Zur pathologie und therapie des acuten prostata abcèsses Zurich, 1898.

Pauchet. — Chirurgie de la prostate, 1909.

Pasteau. — Traitement des abcès de la prostate. C. R. 11e session, *Assoc. franc. urol.*, j. 224.

Petit (J. L.). — Œuvres posthumes de chirurgie, T. III., Paris, 1774.

Picard. — Traité des maladies de la prostate et des vésicules séminales. Paris, 1896.

Picot. — Le massage de la prostate. Thèse Paris, 1906.

Piollenc. — Etude chimique sur vingt-cinq observations nouvelles de prostatectomie périnéale. Thèse, Lyon, 1906.

Poirier. — *Traité d'anatomie*, T. V.

Poncet. — Traitement des abcès prostatiques. *Province méd.*, Lyon 1887, p. 417.

Quénu et Hartmann.— Chirurgie du rectum. Paris, 1895, p. 154.

Rafin. — Abcès de la prostate. *In* clinique, 1907, p. 218.

— Des abcès de la prostate. C. R. 11e session, *Assoc. franc. urol.*, p. 125.

Reclus. — Rapport sur le travail de M. Segond, *in bull. soc. chirurg.*, 1885.

Reliquet. — Œuvres complètes, publiées par Guépin. Paris, 1895.

Reverdin. J. — De l'incision périnéale dans la prostatite suppurée. *Rev. méd. Suisse rom.*, 1891.

— Prostatite suppurée. Incision périnéale prérectale. *ibid.*, 1891.

Reverdy. — Contribution à l'étude des prostatites chroniques. Thèse. Montpellier, 1907.

Reynès. — Variétés de prostatites suppurées. C. R. 11e session *Assoc. franc.*, p. 220.

Routier. Des abcès de la prostate et de leur traitement, *in Sem. med.* 1894, p. 549.

— Causes et traitement des abcès chauds de la prostate *in Presse med.*, 1900, p. 79.

Saint-Cène. Des abcès latents de la prostate au cours de l'Hypertrophie prostatique. Thèse Paris, 1900.

Segond. — Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon périprostatique. Thèse de Paris, 1880.

— Des avantages de l'incision périnéale dans le traitement des suppurations prostatiques et périprostatiques. *Bull. et mém. Soc chir.*, 1885.

Tédenat. — Abcès non tuberculeux de la prostate C R. 11e session. *Assoc. franc. urol.*, p. 192.

Testut. — *Traité d'anatomie*, t. IV.

Testut et Jacob.— *Traité d'anatomie topographique*, t. II.

Therre. — Contribution à l'étude des abcès non tuberculeux de la prostate. Thèse de Lyon, 1907.

Thompson. — *Traité pratique des maladies des voies urinaires*. Trad. Martin, Labarraque et Campenon. Paris, 1874.

Tillaux. — *Traité d'anatomie topographique*. Paris, 1879.

— Cliniques chirurgicales, t. II.

Toupet. — De l'ouverture des abcès de la prostate par la voie périnéale. Paris, th. 1904.

Vidal de Cassis. — *Traité de pathologie externe.* Paris, 1855.

Villar. — Abcès de la prostate ayant passé brusquement vers le périnée antérieur sans troubles précurseurs. *Journal de méd.* de Bordeaux, 1906.

Zuckerkandl. — *Centralbl. f. chir.* 1893, n° 77.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 9

CHAPITRE I. — Formes anatomo-pathologiques 11

CHAPITRE II. — Formes cliniques et diagnostic 19

CHAPITRE III. — Traitement 29

Indications d'une intervention chirurgicale 29

Historique 33

Constitution de la loge prostatique 36

Des avantages de l'incision rectale 38

Technique 45

OBSERVATIONS 49

CONCLUSIONS 111

BIBLIOGRAPHIE 114